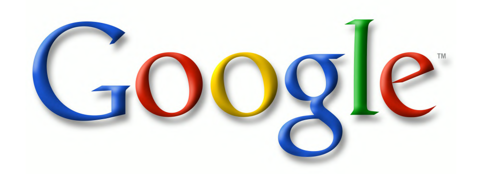
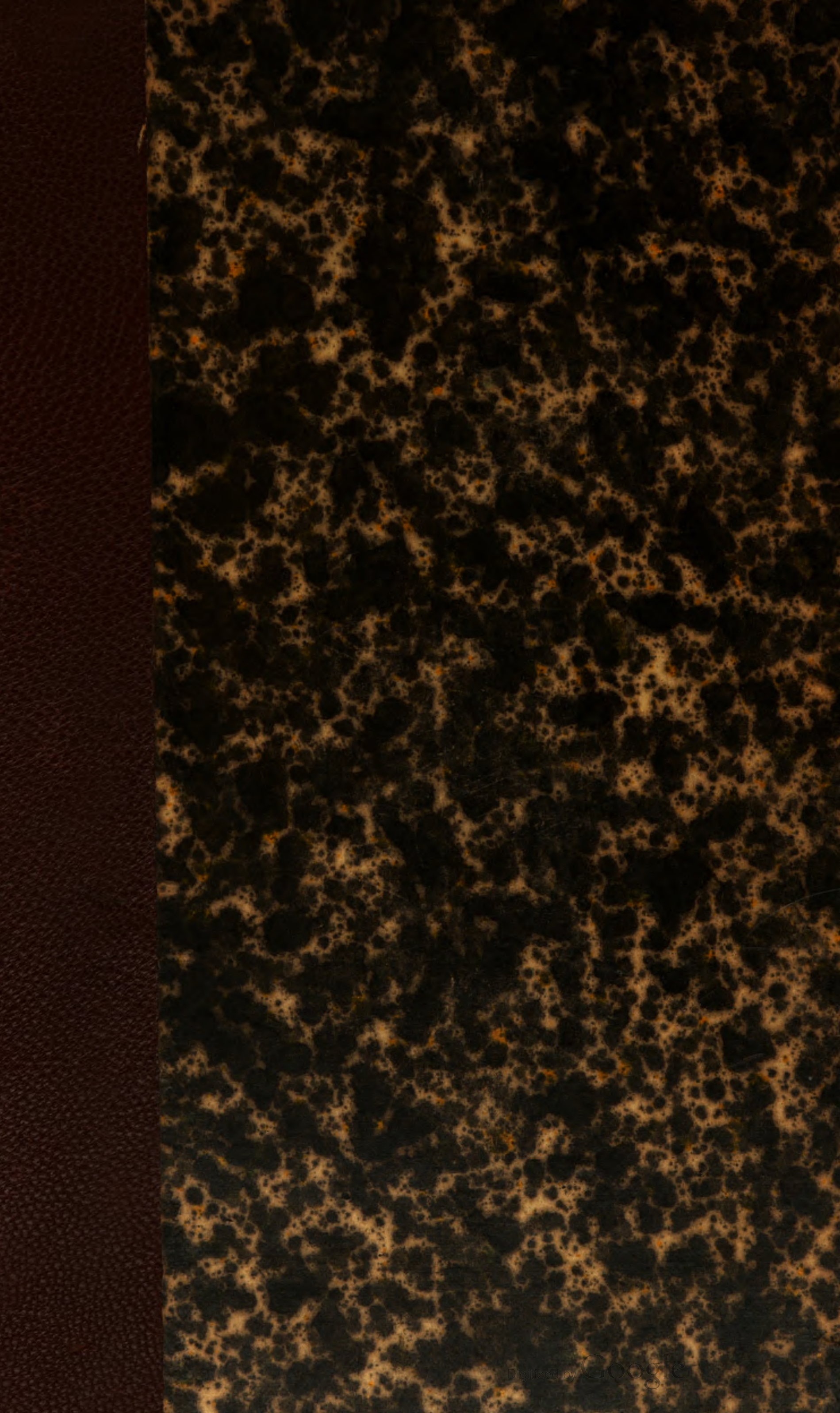
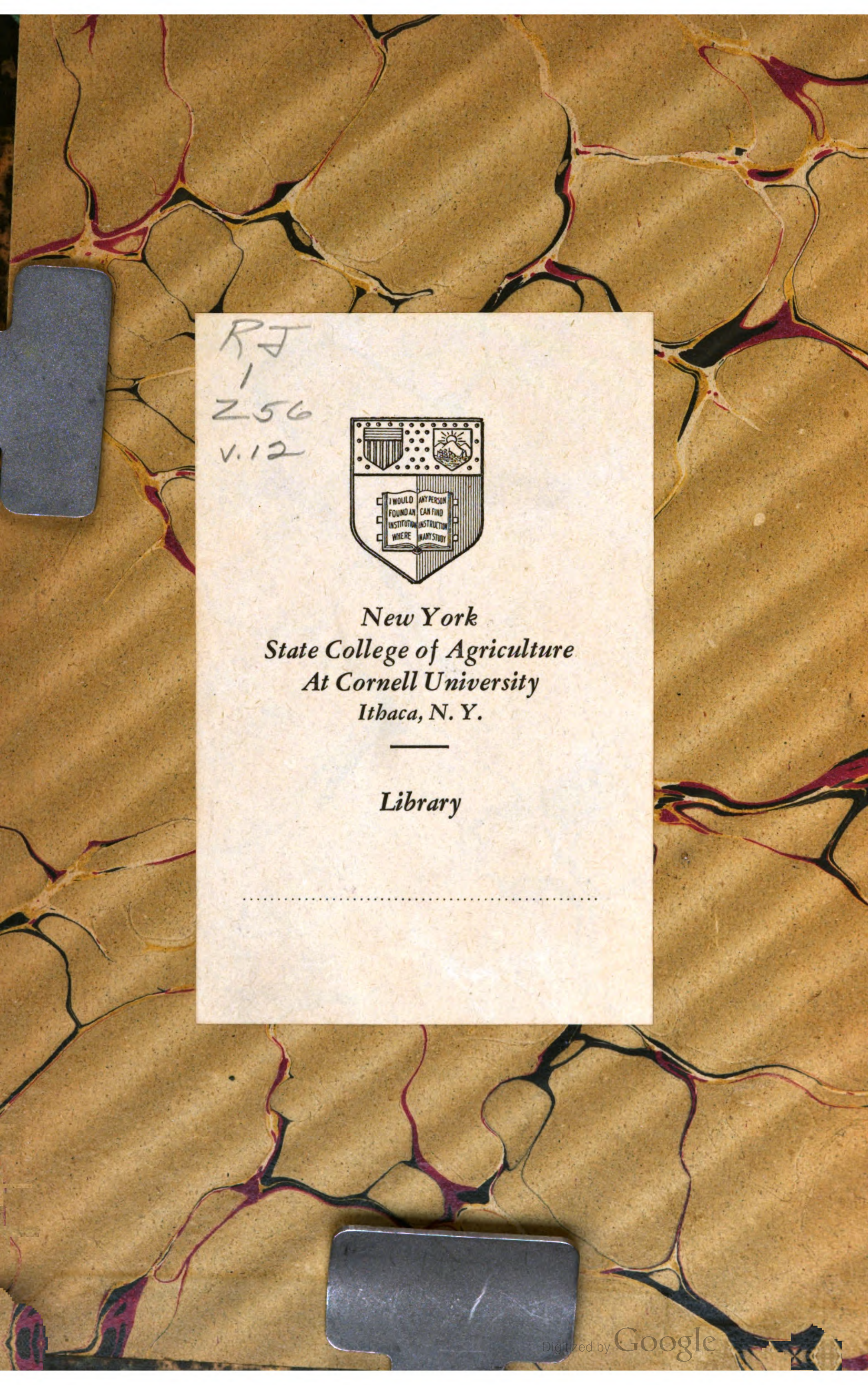

Google




I WOULD FOUND AN INSTITUTION WHERE
ANY PERSON CAN FIND INSTRUCTION IN ANY STUDY


CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 071 037 307
JUN 21 1948
Digitized by Google

CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER.
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

12. JAHRGANG 1907.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1907.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des XII. Jahrganges.

Originalien.

Referate.



Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Januar 1907. No. 1.

I. Originalbeiträge.

Aus dem Gisela-Kinderspital München.

Katalepsie bei kleinen Kindern.

Von

Privatdozent Dr. **Hecker**.

Unter Katalepsie oder kataleptischer Starre begreifen wir einen Zustand von Muskelstarre, bei welchem die Extremitäten jede ihnen passiv gegebene Stellung längere Zeit beibehalten. Die Muskeln bieten einen gewissen nachgiebigen Widerstand dar, sie lassen sich biegen, ungefähr als ob sie Wachs wären („Flexibilitas cerea“); sie zeigen einen mittleren Grad von Tonus, eben jenen Grad, der notwendig ist, um die gegebene Stellung festzuhalten. Es gelingt dabei oft, durchaus unnatürliche, bizarre und sehr unbequeme Stellungen zu erzielen. Die Fixierung der passiv gestellten Gliedmaßen dauert, wenn nicht Stunden, so doch viel länger an, als dies im normalen Zustande wegen der Einwirkung von Ermüdungsempfindungen geschehen würde. Sinkt das Glied allmählich zurück, dann bietet es nachher eine gewisse starre Unbeweglichkeit, meist in Extensionsstellung.

Das Bewußtsein ist in der Regel nicht aufgehoben, doch ist meist unverkennbar eine gewisse psychische Hemmung, eine Art Traumzustand mit erhaltener Erinnerungsfähigkeit. Dieses Erhaltenbleiben des Bewußtseins ist nach O. Binswanger[1]) geradezu ausschlaggebend für die unvermischte Form der Katalepsie.

Bei Erwachsenen und älteren Kindern sind derartige Erscheinungen wohl bekannt. Ich erinnere an die Fälle von Landau[2]) und von Oswald Meyer[3]) bei einem 11- und 8jährigen Mädchen. Sie befallen das Individuum sehr häufig ganz plötzlich in Form einer Attacke, und zwar gar nicht selten in direktem Anschluß an einen Affekt, einen Schreck usw.

Sehr selten dagegen scheint die echte Katalepsie bei kleineren Kindern zu sein. Der Fall, den ich im folgenden wiedergebe, ist der erste, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Auch die fast absolute Sterilität der Literatur über diese Affektion beweist ihre große

---

[1]) Die Hysterie. Wien 1904.
[2]) Wiener Med. Presse. 1894. 35 u. 36.
[3]) Jahrbuch für Kinderheilkunde 62, 2.

Seltenheit. v. Strümpell[1]) erwähnt „beiläufig", daß man zuweilen bei kleineren Kindern von etwa 1—2 Jahren, die an irgendwelchen Affektionen leiden, eine ziemlich ausgesprochene Katalepsie beobachten kann, welche wohl hauptsächlich mit einer gewissen Benommenheit oder manchmal mit einem durch eine fremde Umgebung hervorgerufenen, gleichsam hypnotischen Zustand zusammenhängt. Henoch[2]) erwähnt im Kapitel „Hysterie" unter den Fällen, bei welchen psychische Symptome prävalieren, Zustände, die er mit dem Namen „Katalepsie" belegt. Da hierbei aber nur von einem kurz dauernden Verlust des Bewußtseins mit starrem Blick oder von halb bewußten traumartigen Zuständen die Rede ist, von welchen die Kinder ganz unvermutet befallen werden, um nach wenigen Minuten wieder erinnerungslos in völliges Wohlbefinden zurückzukehren, so liegt der Gedanke wohl mehr als nahe, daß es sich hier um epileptoide Anfälle oder Dämmerzustände, nicht aber um Katalepsie gehandelt hat. Nur ausnahmsweise fand Henoch jene Steigerung des Muskeltonus, welche als „wachsartige Biegsamkeit der Glieder" bekannt ist.

Der einzige Autor, von dem meines Wissens zuverlässige Beobachtungen bei kleinen Kindern vorliegen, ist A. Epstein.[3]) Er berichtet aus seinem großen Material der Prager Findelanstalt von sieben selbst beobachteten Fällen im Alter von 18 Monaten bis 3 1/2 Jahren; alle waren in schlechtem Ernährungs- und Entwicklungszustand, die meisten kränkelten oder hatten eine schwere Krankheit überstanden. Die kataleptische Starre war durchschnittlich an den unteren Extremitäten deutlicher, als an den oberen; die durch Faradisation erhaltenen Stellungsänderungen wurden nach Aufhören des elektrischen Reizes beibehalten, Sensibilität und Schmerzempfindung waren herabgesetzt bzw. verlangsamt.

Sämtliche Kinder zeigten eine gewisse geistige Zurückgebliebenheit und eine Art psychischer Depression, waren jedoch durchaus nicht idiotische, sondern nur ungewöhnlich ruhige, teilnahms- und willenlose, geistig trägere Kinder, die oft stundenlang apatisch in ihren Bettchen lagen. Sämtliche Kinder zeigten ferner die Symptome hochgradiger und florider Rachitis.

Bezüglich der Ätiologie dieser Fälle hält Epstein den Zusammenhang mit Rachitis anolog der Spasmophilie für möglich, will aber die Frage noch offen lassen. Hysterie kommt seines Erachtens ebenso wie ein hypnotischer Zustand oder suggestive Beeinflussung nicht in Betracht.

Die Krankengeschichte meines Falles ist auszugsweise folgende:

Anamnese: 3 1/2jähriger Knabe, jüngstes Kind gesunder Eltern, zwei vorangegangene Frühgeburten, fünf Geschwister leben. Kind kam ausgetragen durch normale Geburt zur Welt. Flaschenkind. Bekommt seit längerer Zeit „alles zu essen". Gute häusliche Verhältnisse, Villa mit Garten.

Bis vor einem Jahr immer gesund, dann „rote Flecke" (Masern?!), woran vier Geschwister zugleich erkrankten, daran anschließend schwere Lungenentzündung. Seitdem kränkelt das Kind, und zwar leidet es an immer wiederkehrenden Durchfällen. Dabei wird der Leib mehr und mehr aufgetrieben, das Aussehen

---

[1]) Spezielle Pathol. u. Therap. 5. Aufl.

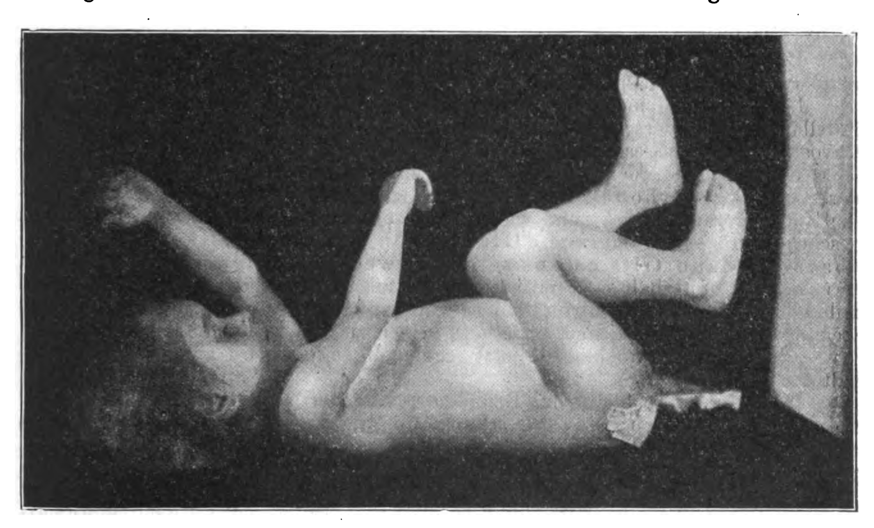
[2]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 11. Aufl. 1903.

[3]) Über katalept. Erscheinungen bei rachitischen Kindern. Verh. d. Gesellschaft f. Kinderheilk. Frankfurt 1896.

immer blässer. Seit etwa einem Jahre hat das Kind die Gewohnheit, häufig während des Schlafes den Kopf hin und her zu drehen.

Die Untersuchung ergibt am 16. September ein schwächliches, ziemlich abgemagertes Kind von sehr blasser Hautfarbe. Der Knabe schreit während der Untersuchung und auch in der übrigen Zeit fast ununterbrochen laut und eintönig vor sich hin, liegt aber im übrigen bewegungs- und teilnahmslos in seinem Bett. Er macht einen etwas benommenen Eindruck, wenngleich er laut gegebenen Aufforderungen (z. B. die Hand zu geben) langsam nachkommt.

Häufig wirft er minutenlang den Kopf hin und her, wobei er dann zuweilen besonders laut schreit. Nystagmus ist nicht vorhanden, vielmehr stehen die Augen meist direkt frontalwärts oder auch direkt nach unten gerichtet.



Ausgesprochene Rachitis ist nicht zu konstatieren, jedenfalls keine floride. Der Schädel hinten stark abgeflacht, der Thorax etwas flach, die Knochen aber überall hart ohne Verbiegungen und Auftreibungen.

Halsdrüsen und Supraclaviculardrüsen leicht vergrößert.

Herz zeigt normale Dämpfungsgrenzen, reine Töne.

Lungen frei.

Auf dem oberen Sternum deutliche Dämpfung, die besonders nach rechts das Brustbein überragt.

Abdomen stark aufgetrieben, Haut gespannt und dünn. Keine freie Flüssigkeit nachzuweisen. Colon transversum und Dünndarmschlingen treten deutlich vor.

Leber und Milz leicht vergrößert.

Urin: Eiweiß 0, Zucker 0, Indican +.

Der Knabe verweigert jegliche Nahrungsaufnahme.

Ein in der folgenden Nacht eintretender Kollaps mit Sinken der Temperatur auf 34° und des sehr unregelmäßigen Pulses auf 60 wird durch warme Applikationen und Kampferinjektionen behoben.

17. September: Durch Einlauf wird reichlicher, brauner, zum Teil geformter, stinkender Stuhl entleert.

Der Knabe nimmt heute Milchgries und Pflaumenmus sehr gerne an. Bleibt im übrigen apatisch, schreit viel in der eintönigen starren Weise und wirft häufig den Kopf hin und her. Eine vorgenommene Röntgendurchleuchtung ergibt keinen Anhaltspunkt für eine Vergrößerung oder Verkäsung von Mesenterialdrüsen; dagegen zeigt sich über dem Manubrium sterni ein nicht sehr intensiver Schatten, der seiner Lage nach auf eine vergrößerte Thymus bezogen werden muß. Nahrung wird abends wieder verweigert.

18. September: Verhalten des Kindes noch unverändert, andauernde miß-

mutige und unnahbare Stimmung; unbewegliches, teilnahmsloses Daliegen, starrer Blick, dazwischen wieder heftiges Herumwerfen des Kopfes.

Deutliche Zeichen kataleptischer Starre: Jede Stellung, die man den Extremitäten gibt, ja überhaupt jede Lage, in die man den Körper bringt, wird lange Zeit unveränderlich festgehalten. Die Erscheinung ist an den oberen Extremitäten in gleicher Weise ausgesprochen, wie an den unteren; jede Drehung des Kopfes wird fixiert. Die Muskeln sind dabei von einer gewissen festweichen Konsistenz und bei passiven Bewegungen fühlt man einen eigentümlichen weichen Widerstand. Entfernt man sich von dem Kinde, so werden die künstlich erzeugten Stellungen lang (jedenfalls 5—10 Min. lang) beibehalten, bis dann die Gliedmaßen langsam absinken. Die Arme liegen alsdann ruhig neben dem Rumpf, die Finger in halber Beugestellung, die unteren Extremitäten sind vollkommen gestreckt, adduziert, die Füße stark volarflektiert, ebenso die Zehen.

Die Sensibilität ist erhalten, aber deutlich verlangsamt, auf Nadelstiche reagiert das Kind verspätet und mit einer trägen Fluchtbewegung.

Die Pupillen sind gleich weit und reagieren auf Lichteinfall sehr träge. Patellarreflexe beiderseits erhalten. Mechanische Muskelerregbarkeit nicht erhöht. Chvostek und Trousseau negativ.

Auffallend ist, daß nach strikte gegebenen Befehlen das Bein oder der Arm aktiv erhoben bzw. das passiv erhobene Glied aktiv gesenkt, ebenso die Zunge herausgestreckt und wieder eingezogen wird. Alle diese Bewegungen geschehen träge und langsam. Glaubt sich das Kind vollkommen unbeobachtet, dann tritt es aus seiner Bewegungslosigkeit und Apathie heraus und unterhält sich mit seinem Bettnachbarn, spielt auch gelegentlich. Sobald aber jemand herantritt, läßt es Kopf und Körper wieder sinken, sieht bewegungslos vor sich hin und verfällt in seinen starren Zustand.

Die Nahrungsaufnahme ist jetzt regelmäßig, Stuhl wird nur auf Einlauf erhalten.

In dieser Weise bleibt das Befinden unverändert, bis vom 21. September ab sich eine Besserung des psychischen Zustandes geltend macht, die bis zum Schlusse des Spitalaufenthaltes anhält. Das Kind ist andauernd vergnügt, zutraulich, hat guten Appetit.

22. September: Der kataleptische Zustand besteht fort. Das Kind ist sehr suggestibel, schläft auf Kommando sofort ein usw. Die Wackelbewegungen des Kopfes werden seltener und weniger ausgiebig ausgeführt.

29. September: Seit mehreren Tagen kein Hin- und Herwerfen des Kopfes mehr. Der kataleptische Zustand zeigt deutliche Besserung insofern, als die passiv gestellten Glieder nur mehr ganz kurz die gegebene Stellung beibehalten.

12. Oktober: Allgemeinbefinden sehr gut. Stuhl regelmäßig, Leib noch aufgetrieben. Ein eigentlich kataleptischer Zustand nicht mehr zu konstatieren. Die passiv emporgehobenen Extremitäten werden noch ganz kurz in der gegebenen Stellung gehalten, fallen aber dann, wenn auch noch etwas träge, in die Ruhelage zurück.

15. Oktober: Nachdem es durch zweckentsprechende vegetarische Diät, warme Applikationen, Umschläge usw. gelungen war, regelmäßig spontanen Stuhl zu erzielen und nachdem auch keine nervösen Störungen mehr vorhanden sind, wird das Kind entlassen. Der Allgemeinzustand ist allerdings noch immer nicht glänzend. Das Kind ist blaß und hat nach wie vor seinen tympanitisch aufgetriebenen Leib.

Herr Kollege Dr. Th. Ziegler in Ulm, welcher seinerzeit das Kind dem Spital überwiesen hatte, gibt mir am 10. November in liebenswürdigster Weise noch einmal Bericht über das Kind.

Danach konnten zu dieser Zeit kataleptische Erscheinungen nicht mehr konstatiert werden. Wurde unvermutet also z. B. während des Auskultierens ein Arm gehoben oder ein Bein in eine andere Stellung gebracht, so wurde prompt die ursprüngliche Lage wieder hergestellt; erst nachdem diese Versuche einige Male wiederholt wurden, wurden die Extremitäten in der neuen Stellung gelassen oder doch diese zu halten versucht, stets aber nur einige Augenblicke. Das Befinden des Kindes im übrigen sei ein gutes, insbesondere habe es keine Durchfälle und keine Verstopfung mehr.

Wir haben es mit einem Kind zu tun, das wegen einer chronischen Darmstörung aufgenommen wird und bei dem sich als Nebenbefund Spasmus nutans und echte Katalepsie ergibt. Über die Natur der Darmstörung konnte keine Klarheit erzielt werden, da außer der Tympanie kein Zeichen einer organischen Erkrankung konstatiert wurde. Als wahrscheinlich wurde chronische Peritonitis non tuberculosa angenommen. Die Nickkrämpfe müssen, trotzdem Nystagmus fehlte, doch in Hinblick auf die ganze Art ihres Auftretens und auf die mehrfach beobachtete Zwangsblickrichtung als Spasmus nutans bezeichnet werden.

Die Katalepsie wies alle eingangs beschriebenen Attribute auf. Nur sie interessiert uns hier. Die Affektion ist in erster Linie eine Lähmung des Willens. Das Kind ist nicht imstande, durch einen gewöhnlichen Willensimpuls seinen Gliedern eine andere Lage als die ihnen passiv gegebene zu verleihen. Es fehlt keinesfalls die Fähigkeit, irgendeine dazu nötige Bewegung wirklich auszuführen; es mangelt nur der Wille. Erfährt dieser eine Stärkung durch eine dahingehende Verbalsuggestion, eine laute Aufforderung, dann bringt das Kind sehr wohl sein Beinchen oder Ärmchen, wenn auch zögernd, aktiv in die Ruhelage zurück.

Es ist ein deutlich psychogener Vorgang, der sich hier abspielt. Recht eklatant offenbart sich dies durch das Verhalten des Kindes, sowie es unbeobachtet ist. Dann richtet es sich auf, hält sich am Bette fest, spricht mit seinem Nachbar, spielt. Erst wenn der Arzt oder die Schwester ihm bemerkbar werden, verfällt das Kind wieder in seinen starren Zustand. Diese Starre wird also gleichsam immer wieder aufs neue ausgelöst durch den Anblick der fremden Personen.

Eine derartige Hemmung im Gebiete der Willenssphäre kann man ungezwungen auch als erhöhte Impressionabilität, als gesteigerte Suggestibilität auffassen. Das passive Erheben des Beines durch den Arzt, das Verbringen einer Extremität in irgendeine Stellung wirkt wie eine Art von Aufforderung, das Bein, die Extremität in der so bezeichneten Lage zu halten.

Auch beim gesunden Kind ist der Vorgang der Katalepsie, d. h. die Fixierung von Gliedmaßen in der ihnen passiv gegebenen Stellung, zu erzielen, sofern diese Stellung nicht durch entgegengesetzte Willensstrebungen aufgehoben wird. Dies ist wohl sehr häufig, aber durchaus nicht immer der Fall. Die Erfahrung ist eine alltägliche, daß Kinder, wenn sie untersucht werden, eine ihnen vom Arzt gegebene Haltung oder Stellung ruhig eine Zeitlang beibehalten. Gegensätzliche Willensstrebungen können auch bei Kindern bis zu einem gewissen Grade durch einen deutlichen Befehl oder im hypnotischen Zustand, also durch Suggestion, überwunden werden.

Dasselbe ist der Fall, wenn die Suggestion zwar schwach, aber, wie in unserem Falle, die gegensätzlichen Willensstrebungen reduziert sind. Hier wirkt die mit dem passiven Erheben des Beines gegebene schwache Aufforderung (das Bein in der gegebenen Lage zu halten) wie eine Suggestion.

Auf den psychogenen Ursprung des Leidens weist auch die Tatsache hin, daß von einem kataleptischen Zustand vor dem Eintritt

ins Spital ganz und gar nichts bekannt war, was der Beobachtung des Kollegen, der das Kind überwies, sicher nicht entgangen wäre. Die Aufnahme ins Spital, die ungewohnte Umgebung, die fremden Menschen sind dem Kinde von Grund aus unsympathisch. Sie erzeugen in ihm offenbar tiefgehende Unlustgefühle, Gefühle vielleicht von Angst und Schrecken, welche seine ganze Psyche hemmend beeinflussen und schließlich in einer fast völligen Willenslähmung ihren Ausdruck finden. Die Herabsetzung und Verlangsamung der Sensibilität, die Nahrungsverweigerung sind regelmäßige Begleitsymptome solcher Erscheinungen. Mit der allmählichen Gewöhnung an die Umgebung schwinden auch nach und nach alle die nervösen Manifestationen. Zuerst nimmt das Kind wieder Nahrung, dann wird es zutraulicher und nach und nach baut sich auch gleichzeitig mit dem Schwinden der Nickkrämpfe der ganze kataleptische Zustand wieder ab.

Mit der Annahme eines psychogenen Ursprungs erledigt sich auch die Frage nach der ätiologischen Rolle der Darmstörung.

Nachdem diese mir anfangs als ursächliches Moment (Autointoxikation vom Darmkanal aus) vorschwebte, glaube ich doch, daß sie direkt nicht weiter in Betracht kommen kann. Sie bestand ja schon lange vorher, ohne daß es zu ähnlichen Symptomen gekommen wäre. Möglich, daß sie ursprünglich die Basis für die Entwicklung eines neuropathischen Zustandes gebildet hat, als dessen Ausdruck einerseits der Spasmus nutans, andererseits die Katalepsie auftreten. Möglich aber auch, daß das Darmleiden nichts anderes ist, als ein Syndrom jenes pathologischen Nervenzustandes, gleichwertig dem Nickkrampfe und der Katalepsie.

Dafür spräche auch der Umstand, daß das Kind vor seiner Spitalzeit häufig an Diarrhöen litt, während mit dem Spitalaufenthalte eine hartnäckige Verstopfung sich einstellte. Dies würde dann als ein weiterer Hemmungsvorgang im Gebiete vegetativer Funktionen zu deuten sein.

Rachitis kann als Ätiologie in diesem Fall ausgeschlossen werden.

Mir scheint die v. Strümpell seinerzeit beiläufig ausgesprochene Ansicht wohl zutreffend, daß die Katalepsie der von ihm erwähnten Kinder im Alter von 1—2 Jahren manchmal mit einem durch fremde Umgebung hervorgerufenen, gleichsam hypnotischen Zustand zusammenhängt. Die fremde Umgebung wirkt hier gerade so auslösend, wie bei älteren Individuen ein Schreck oder ein anderer Affekt.

So charakterisiert sich der Zustand als ein hysterischer. Hysterisch sind nach Moebius alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen veranlaßt sind. Dabei ist es nicht notwendig, wie auch Thiemich hervorhebt, daß unter Vorstellungen nur zu voller Klarheit gelangte intellektuelle Überlegungen, sondern vor allem auch Erregungsvorgänge des Gemütslebens zu verstehen sind. Auch Ziehen spricht davon, daß die abnorm wirksamen gefühlsbetonten Vorstellungen, auf denen die körperlichen Symptome der Hysterie beruhen, in der Regel latente sind. Das Moment der Suggestibilität spielt dabei eine große Rolle. Nach Moebius sind alle hysterischen Erscheinungen Suggestion der Form nach; ein Teil von ihnen ist dem Inhalte nach nicht suggeriert, sondern eine krank-

hafte Reaktion auf Gemütsbewegungen; und Ziehen meint, daß eine der wichtigsten Teilerscheinungen der abnormen Steigerung der Wirksamkeit gefühlsbetonter Vorstellungen die gesteigerte Suggestibilität ist.

Die Anwendung auf unsern Fall ergibt sich von selbst. Der psychogene Ursprung: Die Katalepsie ist veranlaßt durch das Schreckhafte und Unangenehme beim Anblick der fremden Umgebung, verliert sich allmählich mit der Gewöhnung an diese Eindrücke, mindert und steigert sich periodisch mit dem Verschwinden und Wiederauftauchen der angsterzeugenden fremden Personen.

Das von Moebius, Ziehen u. a. fernerhin für die Hysterie geforderte Moment der erhöhten Suggestibilität ist hier ebenfalls sehr ausgesprochen vorhanden.

Die Katalepsie ist bei dem $3^{1}/_{2}$jährigen Kinde ein Ausdruck der Hysterie, und wenn das Vorkommen von typischer Hysterie in diesem jugendlichen Alter jedenfalls sehr selten und von vielen noch gänzlich geleugnet wird, so ist an der Möglichkeit eines solchen Vorkommens nach den Untersuchungen von Chaumier, Ollivier, Thiemich u. a. nicht mehr zu zweifeln.

Über Protylin „Roche" und dessen Anwendung bei Kindern.

Von

Dr. E. **Kraus**, Kinderarzt, Wien.

Die Eiweißkörper, der Phosphor und das Eisen spielen bei dem Aufbau des Organismus die allerwichtigste Rolle. Die Bedeutung der Eiweißkörper als Nährstoff läßt sich dahin zusammenfassen: sie müssen dem Körper als solche in der Nahrung zugeführt werden, da der Ansatz der Eiweißstoffe in den Organbestandteilen durch keinen anderen Nährstoff bewirkt werden kann. Von der Menge der Eiweißstoffe in der Säftemasse hängt in erster Linie die Größe und Energie der Zerstörungsvorgänge in den Geweben und der damit zusammenhängende Kräftevorrat ab. Die natürliche Nahrung des neugeborenen Kindes — die Frauenmilch — ist namentlich in der ersten Zeit nach der Geburt relativ sehr reich an Eiweißstoffen. Allerdings schwanken hier die Angaben; nach König beläuft sich der Gehalt der Muttermilch an Eiweiß auf 2,29, nach Clemm auf 2,18, nach Pfeiffer auf 2,178. Marfan schätzt den Gehalt auf 1,6, Heubner auf 1,03.

Das Eiweiß ist in der Frauenmilch in zwei Formen vorhanden, einmal als phosphorreiches Kasein, und dann auch als gelöstes Eiweiß, als Albumin; wahrscheinlich ist auch das Vorhandensein eines dritten Körpers, des Globulins.

Eine nicht minder wichtige Rolle fällt dem Eisen als Bestandteil des Hämoglobins bei der Blutbildung und beim Aufbau des menschlichen Körpers zu. Bunge fand im Eidotter und der Milch organische Eisenverbindungen und nimmt an, daß das Eisen aus den Nahrungsmitteln in Form solcher Verbindungen resorbiert wird. Friedjung

und Jolles haben gefunden, daß der Eisengehalt der Frauenmilch zwischen 3,52 und 7,21 mg pro Liter schwankt, der Mittelwert wird mit 5,09 angegeben.

Der Phosphor kommt im Tierkörper außer in dem phosphorreichen Kasein als Glyzerinphosphorsäure in Lecithin und in bisher unbekannter Verbindung im Nuklein vor. Die Wichtigkeit dieser Verbindungen erhellt daraus, daß das Lecithin bis jetzt in allen entwicklungsfähigen Zellen, Eidotter, Blutkörperchen, ferner auch reichlich im Gehirn gefunden wurde. Die Bedeutung des Phosphors im Haushalte des menschlichen Organismus äußert sich hinwiederum in der ersten Nahrung des Neugeborenen, in der Frauenmilch. Dieselbe enthält in 1000 Bestandteilen (nach Schwarz, s. Marfans Handbuch der Säuglingsernährung, übersetzt von Dr. R. Fischl) an Kalkphosphaten 2,50, Natriumphosphat 0,40, Magnesiumphosphat 0,50, Eisenphosphat 0,01. Wie man sieht, bildet der phosphorsaure Kalk die relativ größte Mineralsubstanz der Milch, derselbe bedeutet beim Nährwert derselben einen sehr wichtigen Faktor, denn mit seiner Hilfe baut sich das Knochensystem auf, es erfolgt eine schnellere Mineralisation des Skeletts; der Phosphorgehalt der Frauenmilch ist größer als jener aller bei der Ernährung der Kinder gebräuchlichen Milchsorten.

Aus dem Gesagten ist zu ersehen, wie wichtig bei den Wachstumsvorgängen und den physiologischen Funktionen das Vorhandensein von Eiweißstoffen, Eisen und Phosphor im richtigen normalen Verhältnis im Organismus erscheint, und man ist deshalb in neuerer Zeit auch bemüht, sich die Verwendung dieser drei Stoffe bei verschiedenen Erkrankungen, bei denen ein Defizit eines oder des anderen derselben konstatiert ist, nutzbar zu machen. Es geschieht dies besonders in jenen Fällen, in denen man den Organismus auf dem gewöhnlichen Wege nicht ausgiebig zu ernähren imstande ist, sei es, daß Appetitlosigkeit die regelmäßige Ernährung unmöglich macht, oder daß die Resorption der Nahrung durch die Erkrankung des Verdauungstraktus erschwert ist.

Zu diesen Erkrankungen gehören gewisse Formen der Anämie, der Chlorose, der Rachitis, Skrofulose und die Osteomalacie, langwierige Ernährungsstörungen bei Schwächezuständen nach erschöpfenden Krankheiten und manche auf Grundlage dieser Zustände beruhenden Neurosen. Je nachdem es angezeigt erscheint, den einen oder den anderen der genannten Stoffe oder dieselben vereint dem Organismus einzuverleiben, macht man von verschiedenen diese Stoffe enthaltenden, in den Heilschatz eingeführten Präparaten passenden Gebrauch, und da sehen wir uns veranlaßt, auf ein Mittel aufmerksam zu machen, das in dieser Hinsicht den an dasselbe gestellten Anforderungen in den oben genannten Krankheiten vollkommen entspricht. Wir meinen das Protylin.

Das Protylin ist ein ungiftiges Phosphoreiweißpräparat und entspricht seiner Zusammensetzung nach den in den menschlichen Zellen vorkommenden Nukleinen, es ist leicht assimilierbar. Protylin ist in Wasser fast unlöslich, in Alkalien dagegen löslich, desgleichen in starken, im Überschuß vorhandenen Mineralsäuren. Es enthält 2,7 %

Phosphor in molekularer Bindung in Form von völlig oxydiertem Phosphor. Protylin wird vom Magensaft nicht angegriffen und passiert den Magen unverändert, übt also auf den letzteren keinerlei Einfluß aus. Protylin ist ein gelblich weißes, fast geruch- und geschmackloses Pulver. Mit Rücksicht auf die vielseitig anerkannte Wirksamkeit des Phosphors bei Rachitis und im Hinblicke darauf, daß das Protylin reichliche Nährstoffe enthält, habe ich das Protylin zuerst an Rachitikern erprobt. Die theoretische Grundlage des von Kassowitz in die Rachitistherapie eingeführten Phosphors gaben Wegners Versuche ab, welcher bei wachsenden Tieren durch Darreichung kleiner Phosphordosen eine raschere Konsolidierung des Knochens entstehen sah. Kassowitz ist auf Grund eigener Tierversuche zu der Anschauung gelangt, daß der Phosphor in sehr geringen Dosen eine lokale Hemmung der Gefäßbildung an den Knochenknorpelgrenzen erzeugt, also direkt der von ihm supponierten Entzündung entgegenwirkt. Kassowitz hat außerdem durch Tierversuche festgestellt, daß die entzündungswidrige Wirkung des Phosphors in der Tat vom Blut ausgeht und nicht etwa auf dem Wege der Innervation zustande kommt.

Da nun nach Kassowitz' Vorstellung die Rachitis ausnahmslos mit einer vermehrten Gefäßbildung im wachsenden Knorpel und in den jüngst apponierten Knochenschichten und mit einer bedeutenden Erweiterung der Blutgefäße einhergeht, und da alle übrigen Erscheinungen im rachitischen Knochensystem nur als eine notwendige Folge dieser entzündlichen Hyperämie und Vaskularisation des osteogenen Gewebes und der fertigen Knochenschichten zu betrachten sind, so mußte ein Mittel, welches die Gefäßbildung im osteogenen Gewebe hemmt und vielleicht die jungen Gefäßsprossen zur Kontraktion bringt, schon von vornherein für die Behandlung der Rachitis die größten Chancen in Aussicht halten. Bisher wurde bei Rachitis der Phosphor im Lebertran dem kindlichen Organismus einverleibt. Das Protylin hat jedoch vor dem Phosphorlebertran einen in der kindlichen Praxis sehr schätzenswerten Vorteil, den der Geschmack- und Geruchlosigkeit, es kann zu jeder Jahreszeit den Kindern mit der Nahrung vermischt gereicht werden, und weit entfernt, den Appetit irgendwie zu stören und den Magen zu belästigen, kann man in vielen Fällen die Erfahrung machen, daß es die Eßlust bei den Kindern in erfreulicher Weise anregt.

Ich habe das Protylin in fünf Fällen von Rachitis angewendet und konnte nach mehrwöchentlicher Anwendung des Mittels bei den zum Teil in ärmlichen Verhältnissen lebenden Kindern die Wahrnehmung machen, daß die rachitischen Erscheinungen und Knochenveränderungen aufs günstigste beeinflußt wurden. Die Auftreibungen an den Gelenksenden verkleinerten sich, die Kopfknochennähte konsolidierten sich, die Fontanellen wurden enger. Der Appetit hob sich, vorhandene Symptome eines Darmkatarrhs verschwanden allmählich und machten einer geregelten Verdauung Platz; auch der Zahndurchbruch wurde beschleunigt. Besonders hervorheben möchte ich hier, daß in zwei Fällen von auffälliger Kraniotabes, in denen sich das Occiput membranartig anfühlen ließ, nach mehrwöchentlichem Ge-

brauche des Protylins die Kopfknochen resistenter wurden und sich nur noch hie und da etwas elastisch darstellten, bis sie endlich vollständig hart wurden. Dabei nahmen die Kinder in sehr befriedigender Weise an Körpergewicht zu; der Schlaf wurde ruhiger, die Kinder bekamen ein frisches heiteres Aussehen. Bei einem hochgradig rachitischen Kinde, das vorher in beängstigender Weise an Laryngospasmus litt, verschwanden nach 6 wöchentlichem Gebrauche von Protylin die Krampfanfälle gänzlich, noch bevor die rachitischen Veränderungen an den Knochen eine sichtliche Abnahme aufwiesen.

Mit Ausnahme eines Kindes von 9 Monaten, das in sehr elendem Zustande in meine Behandlung kam, konnte ich bei den anderen vier Kindern in einem ca. 6—10 wöchentlichen Zeitraume Gewichtszunahmen von 1—2 kg beobachten.

Wenn man der Phosphorlebertranemulsion von vielen Seiten den Vorwurf macht, daß der Phosphor sich daraus verflüchtigt und so die Wirkung derselben illusorisch wird, so kann das beim Protylin, da dieses von konstanter Zusammensetzung und der Phosphor darin an Eiweiß chemisch gebunden ist, nicht eintreten, deshalb ist das Protylin in seiner Anwendung verläßlicher als die Phosphorlebertranmixtur.

Das Protylin ist in Pulver- und Tablettenform im Handel, vom Pulver genügen bei Kindern von $^1/_2$—5 Jahren 1—2 gestrichene Kaffeelöffel, von den Tabletten 4—8 Stück täglich.

Da sich das Protylin mit den Halogenen und Metallen verbindet, hat die das Protylin erzeugende Firma auch Eisen- und Bromprotylin hergestellt. Das Protylinum ferratum ist ein Präparat, das 2,3 $^0/_0$ Eisen enthält, es wird von den Verdauungsorganen gut vertragen und kann auch wie das reine Protylin mit Wasser oder Milch vermengt, mit den Speisen vermischt, eingenommen werden. Das Präparat hat mir bei anämischen Kindern, ferner in zwei Fällen von Chlorose sehr gute Dienste geleistet. Es hat den Appetit gesteigert, wodurch eine reichlichere Ernährung der Patienten ermöglicht wurde. Der Stoffwechsel wurde gehoben, der Hämoglobingehalt des Blutes vermehrt, was sich nach mehrwöchentlichem Gebrauch des Mittels in einem frischen Kolorit der Patientinnen und im Nachlaß aller subjektiven Symptome, wie Kopfschmerz, Herzklopfen, Schwächegefühl, Ausdruck gefunden hat. Daß ich bei der Protylinbehandlung auf passende Ernährung, den Genuß frischer Luft, sowie auf alle übrigen hygienisch-diätetischen Maßnahmen Rücksicht genommen habe, brauche ich wohl nicht ausdrücklich zu erwähnen.

Das Protylinum bromatum habe ich bisher nicht erprobt; allein es ist nach dem vorher Gesagten die Annahme zulässig, daß das Protylinum bromatum bei gewissen Neurosen des kindlichen Alters, die infolge anämischer Zustände sich einstellten, seine heilbringende Wirkung nicht versagen wird, ja ich glaube, daß man das Protylinum bromatum vielleicht auch mit Aussicht auf Erfolg bei Eklampsie und Chorea anämischer Kinder versuchen könnte; ich werde bei vorhandener Gelegenheit meine Versuche nach dieser Richtung ausdehnen.

II. Referate.

Joy Mc Kenzie, Ein Fall von Ureterstein und Sepsis. (Brit. Journal of Children dis. 1906. Nr. 8.) Die Mitteilung bezieht sich auf einen in der Dresdener Kinderheilanstalt beobachteten Fall. Es betrifft ein Kind von 1 Jahr 5 Monaten, von dem jede Anamnese fehlt. Intra vitam deutete kein Symptom auf irgendeine Komplikation seitens der Harnwege hin. Bei dem äußerst schlecht genährten und rachitischen Kinde lag vielmehr eine akute purulente Konjunktivitis und Keratitis, Bronchopneumonie und ein Enterokatarrh vor. Bei der Sektion fand sich im linken Ureter, $1^1/_2$ Zoll von der Blase entfernt, ein Stein von der Größe einer halben Erbse, von gelber Farbe, unregelmäßigen Oberflächen und fester Konsistenz; die benachbarte Schleimhaut war ulzeriert und hatte ein schmutzig-graues Aussehen. Der Stein schien frei in dieser ulzerierten Höhle zu liegen. Ureter nicht erweitert. In der Blase kein Stein. H. Netter (Pforzheim).

G. Edlefsen, Über die medikamentöse und diätetische Behandlung des Blasen- und Nierenbeckenkatarrhs. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 87. S. 520.) E. betrachtet es als ein Unglück für die Kranken, wenn zu einer lokalen Behandlung der Blase geschritten wird ehe der Versuch gemacht ist, mit allen zur Verfügung stehenden innern Mitteln eine Heilung des Leidens herbeizuführen.

Er weist dabei besonders auf zwei alte schon 1876 von ihm empfohlene Blasenmittel, das Kali chloricum und das Terpentinöl, hin, mit denen er fortgesetzt gute Erfolge zu verzeichnen hatte, und zwar auch in Fällen, in welchen die modernen Mittel, wie Urotropin, Helmitol usw., versagt haben. Die Gefahr des Kali chloricums schlägt E. nicht hoch an, vorausgesetzt, daß es in richtiger Dosis gegeben. Eine antibakterielle Wirkung wird den beiden Mitteln nicht zugeschrieben, wohl aber eine antikatarrhalische, gefäßkontrahierende und die Sekretion beschränkende; speziell beim Kali chloricum hält E. noch eine direkt heilende, die Neubildung eines normalen Epithels befördernde Wirkung für möglich. E. ist sonach der Ansicht, daß, wo nicht eine ausgesprochene Bakteriurie oder hochgradige ammoniakalische Zersetzung des Harns vorliegt, man mit den alten Mitteln (Terpentinöl, Copaivbalsam, Kali chloricum, Folia uvae ursi, Salizylsäure und Salol) auskommt und damit mehr erreicht, was die Wiederherstellung einer normalen Schleimhaut und eines normalen Urinbefundes anlangt, als mit den andern. Als einzige Kontraindikation gegen Eingabe von Kali chloricum gibt E. dauernde oder temporäre Venosität des Blutes an; auch bei Ikterus und Nephritis ist Vorsicht geboten. Als Tagesdosis gibt E. von Kali chloricum 4,5 g (15,0 : 300 Wasser, je 15 ccm), bei Kindern dem Alter und der Konstitution entsprechend weniger; von Terpentinöl 3—4mal täglich 6—10 Tropfen in Milch. Hinsichtlich der Diät nimmt E. nicht den strengen Standpunkt ein wie die meisten heutigen Ärzte; er hält es überhaupt nicht für nötig, den Blasenkranken eine besondere Diät vorzuschreiben, und gestattet dunkles, selbst gesalzenes und gepökeltes Fleisch, auch geräucherte Fleisch- und Fischarten. Ja er verbietet sogar nicht Pfeffer, Senf

und andere Gewürze; dagegen warnt er entschieden vor allen alkoholischen Getränken.

Alkalische Wasser sollen nur bei saurem Urin verabreicht werden, bei alkalischem Urin nur Säuerlinge. Bei gleichzeitiger Anwendung von Medikamenten sieht E. auch keinen Vorteil von größerer Flüssigkeitszufuhr. Der Urin soll zwar niemals eine zu große Konzentration annehmen, „aber auch nicht dauernd in zu hohem Maße diluiert" werden. Starck.

H. Tischler, Über die praktische Ausführung der kochsalzarmen Ernährung. (Aus der Prof. Straussschen Poliklinik in Berlin.) (Therap. Monatshefte. April 1906.) Bekanntlich hat H. Strauss zuerst die Aufmerksamkeit auf die diätetische Bedeutung der Kochsalzfrage bei der Behandlung der Nephritis gelenkt und die Forderung gestellt, daß man bei gewissen Formen der Nephritis, so insbesondere bei der chronisch parenchymatösen, und in gewissen Stadien der Krankheit, d. h. beim Vorhandensein oder Drohen von hydropischen Ergüssen, die Salzzufuhr einschränken und die Salzausfuhr künstlich steigern soll. Es ist, speziell für die nephrogenen Hydropsien, jetzt diese Forderung fast allgemein anerkannt, weshalb die Technik der kochsalzarmen Ernährung hohe praktische Bedeutung gewonnen hat. Fest steht bereits, daß der Mensch für die Dauer ohne Schädigung seiner Gesundheit mit nur geringen Mengen von Kochsalz auskommen kann. Strauss hat nun schon früher auf die Kochsalzarmut der Milch, des Reis, der Eier und der ungesalzenen Butter hingewiesen, sowie auf die des unzubereiteten Fleisches. F. hat nun genauere Berechnungen angestellt. Bei diesen Untersuchungen ergab sich als Kochsalzgehalt der Rohsubstanz ein

Kochsalzgehalt von 0,1 % und weniger

bei Fleisch, Hecht, Gelbei (0,02 %), ungesalzener Butter, Kufekes und Rademanns Kindermehl, bei den verschiedenen Getreidesorten und rohen Gemüsearten — von letzteren haben einen etwas höheren Kochsalzgehalt Linsen, Sellerie, Spinat und Kopfsalat —, ferner bei Reismehl, Buchweizengries, Kartoffeln, Pilzen, Obst (welch letzteres nur ausnahmsweise einen höheren Kochsalzgehalt als 0,05 % zeigte).

Kochsalzgehalt von 0,1—0,2 %.

Während Ei als Ganzes einen Kochsalzgehalt von 0,14 % besitzt, Milch einen solchen von 0,15—0,175 % und gesalzener Stockfisch von 0,19 % zeigt, fand sich

1—3 % Kochsalz

bei fast sämtlichen Käsesorten. Von Rohmaterialien mit

mehr als 2,5 % Kochsalz

nennt T. rohen Schinken (4,15—5,86 %), gekochten Schinken (1,85 bis 5,35 %), Schlackwurst (2,77 %), gesalzenen Hering (14,47 %), Lachs (10,87 %), gesalzene Sardellen (20,59 %), Kaviar (6—20 %).

Von tischfertigen Speisen interessieren zunächst die Brotsorten, Bouillon, Suppe, Fleisch und Gemüse. Für Zwieback zeigte sich ein Kochsalzgehalt von 0,38 %, für Weißbrot von 0,48—0,7 %, für Schwarzbrot von 0,75 %, für Bouillon 0,55—1 %, Suppen 0,34 bis 0,9 %, Saucen 0,7—1,5 %, Kartoffelbrei 0,9—1,4 %. Von Eierspeisen enthielt Rührei in dem für eine Person berechneten Quantum 2,4 g,

Setzei 0,5 g, Eierkuchen 2,7 g; der Kochsalzgehalt der für eine Person berechneten Fleischmenge schwankte zwischen 2—3 g, bei gekochten Fisch bis 4 g. Von Gemüsen enthielten weniger als 1 g in der für eine Person berechneten Menge: Blumenkohl, grüner Salat, Morcheln und Champignons; 1—1,5 g Gurken- und Tomatensalat; 3—3,5 g Spinat, Spargel, Kohlrabi, saure Linsen.

Es zeichnen sich also Milch, Eier, Pilze, Obst, Beerenfrüchte, Gemüse und Mehle durch sehr geringen Kochsalzgehalt aus. Das Fleisch, an sich sehr kochsalzarm, erhält durch die Zubereitung in der Regel hohen Kochsalzgehalt, und es ist Sache der Küche, letzteren möglichst einzuschränken. Dasselbe gilt für Brot. Zwieback enthält am wenigsten Kochsalz, immerhin aber noch ziemlich erheblich. Deshalb hat Strauss bei Rademann ein kochsalzfreies Brot (nur 0,01—0,02 $^0/_0$) herstellen lassen, das, mit Butter genossen, nicht schlecht schmeckt. Von Eiern verdienen Setzeier den Vorzug, von Gemüsen Blumenkohl und Pilze. Bouillon enthält in einer Menge von 250 bis 300 ccm mehr als $1^1/_2$ g Kochsalz und sollte auch aus anderen Gründen (Extraktivstoffe!) ausgiebig durch Obst-, Milch- und Mehlsuppen ersetzt worden. Butter ist ungesalzen zu genießen.

Von Mineralwässern sind arm an Kochsalz Gleichenberger, Wildunger (Georg-Viktorquelle), Gießhübler, Neuenahrer. Grätzer.

West, Ein Fall von pseudorenaler Wassersucht. (Lancet. 23. Juni 1906. Bd. 1.) Der 20 Monate alte Knabe wurde mit starkem Anasarka in das Hospital gebracht. Der Urin enthielt keine Spuren von Albumen. Der ganze Körper war ödematös, das Abdomen erweitert, tympanitisch, frei von Flüssigkeit, die Leber überragte den Rippenbogen in der Mammillarlinie um einen Zoll. Die Milz war nicht palpabel und alle übrigen Organe schienen gesund zu sein. Das Kind war tiefbleich und schwach. Einen Monat zuvor hatte das Kind Masern überstanden, die von häufigen und starken Durchfällen gefolgt waren. 10 Tage vor der Aufnahme begann die Schwellung des Gesichts und des ganzen Körpers, die rasch zunahm und einen beträchtlichen Grad erreichte. Andere Symptome bot das Kind nicht, nach der Aufnahme bestand keine Diarrhoe, die Nahrungsaufnahme war eine gute, und die Besserung erfolgte schnell bei Bädern und Diureticis. Innerhalb einer Woche war das Ödem der Beine und des Rumpfes geschwunden und nach wenigen Tagen mehr auch das Ödem des Gesichts. Verf. hebt es als bemerkenswert hervor, daß das Ödem vom Gesicht zuletzt verschwand. Es bestand eine geringe Leukozytosis durch geringe Vermehrung der Lymphozyten ohne wesentliche Verminderung der roten Blutkörper. Das Ödem hatte nicht den Typus des kachektischen. Es war vielmehr den bei akuter Nephritis vergleichbar. Die klinische Geschichte und der Verlauf bewiesen den nicht renalen Ursprung. Das Ödem war vielmehr das Resultat einer schweren Masernerkrankung bei einem bisher gesunden Kind und war die Folge einer durch heftige Diarrhöen herbeigeführten Unterernährung. H. Netter (Pforzheim).

Askanary, Profuse Hämaturien und kolikartige Schmerzen bei Nephritis. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. Heft 5 u. 6.) Über

die Entstehungsweise der bei Nephritis so häufig zu konstatierenden Ekchymosen der Nierenbeckenschleimhaut und des Nierengewebes selber hat sich der Verf. die Vorstellung gebildet, daß entzündlich veränderte Nieren eine gewisse Neigung zu Kongestionen zeigen, wodurch der bei Nephritis ohnehin erhöhte arterielle Druck noch weiter gesteigert wird. Dadurch kommt es infolge der veränderten Beschaffenheit der Gefäßwände, die eine abnorme Durchlässigkeit zur Folge hat, leicht zur Diapedese und zu Blutaustritten ins Gewebe. Die Ekchymosen bei Nephritis sind demnach als Residuen voraufgegangener Kongestionen aufzufassen und die Massenblutungen bei Nephritikern auf dieselbe Ursache zurückzuführen. Natürlich sind die Kongestionen bei Nephritis verschiedenen Grades; leichtere führen nur zu vorübergehenden Injektionen, heftigere zu längerdauernden Ekchymosen. Sind die Kongestionen sehr stürmisch, so kommt es zu profusen Hämaturien und kolikartigen Schmerzen.

Freyhan (Berlin).

Ponfick, Über Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte tritt P. für eine Unterscheidung der Nierenkrankheiten von ätiologischen Gesichtspunkten aus ein. Um dies möglich zu machen, ist ein möglichstes Zusammenarbeiten zwischen Anatomen und Klinikern nötig. Die Einteilung in parenchymatöse und interstitielle Nephritis sei nicht gut, da eine solche Trennung auch anatomisch meist unmöglich sei; selten seien interstitielles und parenchymatöses Gewebe allein erkrankt. P. führt einige Beispiele an, in denen durch ähnliche Stoffe verschiedene Stellen des Nierengewebes ergriffen werden. Ausführlich bespricht er die Entstehung der Schrumpfniere, die schon histologisch auf die verschiedenste Weise zustande kommen kann.

Bennecke (Jena).

Friedrich Müller, Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) M. tritt vom klinischen Standpunkt aus gleichfalls für eine Einteilung der Nierenerkrankungen, die unter dem Namen Morbus Brightii zusammengefaßt werden, von ätiologischen Gesichtspunkten aus ein, wobei er besonders hervorhebt, daß klinisch die alte Einteilung in akute und chronische, parenchymatöse und interstitielle noch schwieriger als anatomisch, ja meist unmöglich ist. Selbst die modernen Untersuchungen mit Blutdruckmessungen, Gefrierpunkt- und Chlorausscheidungsbestimmungen haben daran nichts geändert. Und doch ist eine genaue Kenntnis der Nierenerkrankung prognostisch von größtem Werte. Wie viele Schwierigkeiten der Einteilung der Nierenerkrankungen von ätiologischen Gesichtspunkten aus noch entgegenstehen und wie viele Beobachtungen noch nötig sind, weist M. an vielen Beispielen nach.

Bennecke (Jena).

Pässler u. Heineke, Versuche zur Pathologie des Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Verff. exstirpierten Hunden in mehreren Sitzungen den größten Teil der Nieren, so daß die Tiere noch eine Zeitlang — bis zu 9 Monaten — leben konnten. Verff. konnten dadurch Krankheitsbilder erzeugen, die mit dem Symptomenkomplex der Schrumpfniere größte Ähnlichkeit hatten.

Gelang es, die operierten Tiere lange genug im Zustande der Niereninsuffizienz zu halten, ohne daß sie alsbald kachektisch wurden, so entwickelte sich in den meisten Fällen Hypertrophie des linken Ventrikels. Die nach Nierenverkleinerung einsetzende Polyurie entwickelte sich unabhängig von der Herzhypertrophie, sie kann sogar ebenso wie bei Diabetes mellitus oder Diabetes insipidus ohne Blutdrucksteigerung bestehen. Bennecke (Jena).

Gotthold Herzheimer, Über Zystenbildungen der Niere und abführenden Harnwege. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 1.) H. teilt die umfangreiche, mit ausführlicher Literatur versehene Arbeit in drei Kapitel: 1. Zystennieren. 2. Nierenzysten. 3. Urethritis (Cystitis) cystica. Die Zystennieren faßt H. als Folge eines Vitium primae formationis auf und schlägt vor, sie zu den Hämatomen zu rechnen, da sie, auf Mißbildung beruhend, den Tumoren nahestehen, und durch diese Benennung eine Verständigung über die derzeitige Anschauung ihrer Pathogenese schneller ermöglicht wird. Als Schlußfolgerung aus dem zweiten Kapitel, das von anderer Seite ausführlich bearbeitet werden soll, ergibt sich, daß die Zysten der Niere durch entwicklungsgeschichtliche Hemmungen zu erklären sind. Die Zysten des Nierenbeckens und der Harnblase sind das Produkt chronischer, nicht bakterieller Entzündung, indem es an den fraglichen Stellen zu einer Proliferation des Oberflächenepithels kommt; die anfangs soliden Zellsprossen (Brunnsche Epithelnester) zerfallen ohne Schleimbildung zentral und werden so zu Zysten. Bennecke (Jena).

Hermann Legrand (Alexandrie), Les abscès du foie chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 3/4.) Der Verf. hat aus der Literatur, der eigenen Beobachtung und den Auskünften zahlreicher Kollegen aus Ägypten, 112 Fälle von Leberabszeß bei Kindern zusammenstellen können und gefunden, daß die Krankheit nicht so selten im Kindesalter vorkommt, als man gemeinhin annimmt. Die zahlreichsten Abszesse treten im Laufe von Dysenterien auf, und bildet diese Ätiologie etwa ein Viertel aller Fälle; es folgen dann die durch Trauma, Appendizitis, Tuberkulose, Typhus und Askariden hervorgerufene Abszesse. In seltenen Fällen ist Nabelphlebitis, Pyohämie und Influenza die veranlassende Ursache.

In symptomatischer Beziehung wird hervorgehoben, daß die Krankheit sich durch einen heftigen Schmerz in der Lebergegend mit Ausstrahlung in die rechte Schulter kundgibt; es bestehen sehr hohes, remittierendes Fieber, Appetitlosigkeit, Frösteln, nächtliche Schweiße, Erbrechen und häufig diarrhoische Stuhlentleerungen. Die Leberdämpfung vergrößert sich sehr rasch und es entwickelt eine oft enorme Vorwölbung der Gegend oder auch eine zirkumskripte kuppelförmige Erhöhung im Hypochondrium oder Epigastrium. Letztere Erscheinungen sind viel ausgesprochener als bei Erwachsenen infolge der größeren Nachgiebigkeit der Rippenwand. Meist besteht subikterische Farbe, namentlich bei den dysenterischen Abszessen, während wahrer Ikterus häufig bei appendikulären, septischen oder Wurmabszessen zur Beobachtung gelangen. Oft verlaufen Leberabszesse bei Kindern in latenter Weise und werden deren Symptome von

denjenigen der Hauptkrankheit überdeckt. Die zytologische Untersuchung des Blutes, und wenn notwendig, eine Probepunktion der Leber geben in vielen Fällen wichtige Aufschlüsse: Verwechslungen mit Abszessen der Nachbarorgane, namentlich mit infra-diaphragmatischen oder perihepatischen Abszessen sind möglich.

Die Statistik zeigt, daß die meisten Heilungen durch die chirurgische Behandlung erzielt werden; die Punktion kann nur als diagnostisches Mittel angesehen werden. Man macht einen breiten Einschnitt, indem man sich bezüglich der Richtung an die Explorationsnadel hält; bestehen keine Adhärenzen, so ist das Annähen des betreffenden Leberteiles an das parietale Peritoneum vor der Inzision des Abszesses anzuempfehlen. Bei hochliegenden Abszessen oder solchen des rechten Leberlappens wird am besten der transpleurale Weg gewählt.

E. Toff (Braila).

M. Spolverini, Beitrag zum Studium der Ätiologie und Pathogenese der kindlichen Leberzirrhose. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1906.) Verf. teilt zunächst zwei Fälle von Alkoholzirrhose mit, der eine ein 22 Monate altes, von Trinkern stammendes Kind, das von den ersten Lebenstagen an täglich einen Löffel Wein bekommen hatte, der andere einen 7 Jahre alten Knaben betreffend, dessen Vater gleichfalls Potator war und der seit dem dritten Jahre täglich bis 300—400 g Wein trank und sich bei jeder festlichen Gelegenheit betrank. In einem dritten Fall handelte es sich um eine hypertrophische Zirrhose mit chronischem Ikterus, bei dem Ätiologie und Pathogenese absolut unklar war. Ein vierter Fall wird als „toxisch-infektiöse Zirrhose von der Haut herstammend" bezeichnet. Er betraf ein 18 Monate altes Kind, das seit dem zweiten Monat an einer den ganzen Körper bedeckenden Hauterkrankung, die als nässendes Ekzem bezeichnet wird, litt. Nach Ausschluß aller anderen denkbaren ätiologischen Momente kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich hier um eine Hepatitis infektiösen Ursprungs gehandelt habe, ebenso wie man häufig bei Kindern mit chronischem Ekzem eine Nephritis fände. Der Fall kam zum Exitus und die Sektion bestätigte die Diagnose der Leberzirrhose.

F.

Carazzani u. Brunazzi, Über die Ätiologie der Leberzirrhose im Kindesalter. (La Pediatria. November 1905.) Verf. berichtet einen ein 4 Monate altes Kind betreffenden Fall. Das Kind hatte starken Aszites; bei der Punktion entleerten sich mehr als $1^1/_2$ Liter einer klaren gelblichen Flüssigkeit. Danach konnte man konstatieren, daß die Leber ganz erheblich an Volumen reduziert war. Wider Erwarten ging der Fall in Heilung aus. Als ein Zeichen der Stauung im Pfortadersystem ist es aufzufassen, daß auch nach der Heilung der Milztumor bestehen blieb. Verf. bespricht dann noch die Differentialdiagnose gegenüber der chronischen Peritonitis, der Hepatitis interstitialis syphilitica, der Pyelophlebitis adhaesiva chronica und Thrombose der Pfortader.

F.

Guido Berghinz, Postdysenterische Leberzirrhose. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1906.) Verf. gibt die Kranken-

geschichte, sowie ausführlichen Sektionsbericht nebst histologischen Befunden eines einen 5jährigen Knaben betreffenden Falles. F.

Francis Harbitz (Norweger), Akute gelbe Leberatrophie von infektiösem Ursprung (Streptokokken). (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1906. Nr. 1.) Ein 6jähriger Knabe bekam nach einer Angina Unterleibsschmerzen und nach und nach zunehmenden Ikterus mit Fieber. Nach 4 Wochen Exitus. Bei der Sektion fand man schweren Ikterus ohne mechanisches Hindernis für den Gallenabfluß. In der Leber, die das gewöhnliche Bild akuter gelber Atrophie darbot, überall Streptokokken. Schwellung der Milz, in welcher Streptokokken in Reinkultur. Ecchymosen des Pericardium und der Darmschleimhaut. Fettartige und parenchymatöse Degeneration des Herzens und der Nieren. Oedema pulmonum.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. H. Wentwerth, A Case of Acute Yellow Atrophy of the Liver in a Child Five Years Old. (Archives of Ped. February 1906). Patient soll, als er 18 Monate alt war, an Peritonitis tuberculosa gelitten und nach 6monatlicher Behandlung, ohne Operation, geheilt worden sein. 2 Jahre später machte er eine kruppöse Lungenentzündung durch und schien danach recht wohl bis 3 Wochen vor seinem Tode. Die fatale Krankheit fing an mit leichter Gelbsucht und milden Symptomen von Magenbeschwerden. Bis 4 Tage vor seinem Tode war der Junge auf seinen Füßen und ging erst zu Bett auf Anraten des behandelnden Arztes, nachdem die Symptome durch Eintreten von Delirium sich verschlimmert hatten. Die Diagnose wurde erst post mortem gestellt. Die Leber war nicht verkleinert, die Sektion derselben ergab Flächen von hellgrüngelber Farbe auf dunkelrotem Hintergrund. Drei Viertel der Leberzellen waren gänzlich vernichtet, makroskopisch jedoch war diese ungeheuere Destruktion der Leber nicht sichtbar. H. B. Sheffield.

Guinon (Paris), Entérites et appendicite chez l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Août 1906. S. 337.) Während beim Erwachsenen eine akute Appendizitis relativ selten im Verlaufe einer schleimig-membranösen Enterocolitis auftritt, ist beim Kinde gerade das Gegenteil der Fall, ja man kann sagen, daß es bei demselben keine Appendizitis ohne Enteritis gibt. G. hat 28 Appendizitisfälle aus seiner Praxis zusammengestellt und bei 23 gefunden, daß eine Enteritis in einer Form, in irgend einer näheren oder entfernteren Vergangenheit vorangegangen war.

Alle Enteritisformen, welche der Appendizitis vorangehen, sind im Dickdarme lokalisiert und unterscheiden sich hauptsächlich dadurch von der analogen Krankheit beim Erwachsenen, daß meistens der Schmerz fehlt oder unbedeutend ist, während ein ausgesprochenes Schmerzgefühl meistens das Symptom einer Appendizitis darstellt. Oft handelt es sich um einen vorübergehenden, nicht genau lokalisierten Schmerz, in anderen Fällen wird derselbe nur durch die Palpation fühlbar gemacht.

Unter den hier in Betracht kommenden Enteritisformen sind zu

verzeichnen: akute, schleimige oder dysenteriforme Enteritiden, chronische mit intermittierender schleimig-membranöser Ausscheidung, endlich solche, wenn auch seltene Formen, bei denen Verstopfung vorangegangen war, doch ist dies nur ausnahmsweise zu beobachten.

Der Entwicklungsmodus der Appendizitis dürfte der einer Fortleitung der primären Darmentzündung sein, und tritt diese Komplikation entweder im Anschlusse an eine Enteritis oder nach einigen Wochen, selbst Monaten nach einer solchen auf.

Ein Punkt, auf welchen der Verf. besonders aufmerksam macht, ist das Vorangehen von Infektionen des Nasenrachenraumes vor Entwicklung der Appendizitis; in 17 von seinen 28 Fällen konnte er derart eine akute oder chronische Tonsillitis oder Angina mit eitriger Sekretion beobachten. Es ist anzunehmen, daß diese Infektionen des Nasenrachenraumes die Appendizitis auf dem Wege der Enteritis bewirken, die sogenannten grippalen Appendizitiden von Merlen und Faisans.

Die Prophylaxis der Appendizitis beim Kinde verlangt also eine genaue Behandlung vorkommender Enteritiden, eine entsprechende amylo-vegetariane Diät und wiederholte Purgierungen, andererseits eine genaue Behandlung pharyngealer Erkrankungen.

Zum Schlusse seines Aufsatzes gibt G. die Krankengeschichten seiner einschlägigen Fälle. E. Toff (Braila).

A. Broca (Paris), Appendicites consécutives aux entérites de l'enfance. (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. Juillet-Août 1906.) Der Verf. ist der Ansicht, daß bei Kindern eine Enterocolitis zu Appendizitis führen kann, und daß jene Patienten, welche an akuten oder chronischen Entzündungen des Darmes leiden, eine Entzündung ihres Wurmfortsatzes bekommen können. Fast immer handelt es sich um Infektionen der Darmschleimhaut, sei es, daß dieselbe mitten im Gesundheitheitszustande einsetzt oder sich auf Grundlage einer chronischen schleimig-membranösen Enteritis entwickelt.

Oft ist es schwierig, den Augenblick festzustellen, wann eine Enteritis sich mit Appendizitis kompliziert, doch gibt es einige Symptome, wie die schmerzhafte Verhärtung der Ileo-coekalgegend, die reflektorische Resistenz der Bauchmuskel, das Erbrechen grüner Massen, welche die Aufmerksamkeit auf den Wurmfortsatz hinlenken müssen.

In chronischen Fällen sind es wiederholte, namentlich rechts lokalisierte Koliken, febrile gastrische Erscheinungen mit Erbrechen, eine schmerzhafte Schwellung des Punktes von Mac Burney, welche auf den wahren Sachverhalt hindeuten.

Unter den 33 Fällen, die B. operiert hat und bei welchen sich eine Verbindung mit einer Entero-Colitis muco-membranacea feststellen ließ, gibt es solche, wo die Appendizitis sich auf einer alten Enteritis ohne Abscheidung von schleimig-fetzigen Massen entwickelt hatte, solche, bei welchen derartige Evakuationen in einer näheren oder entfernteren Vergangenheit festgestellt werden konnten, und solche, bei welchen letztere auch nach der Operation fortbestanden. Doch auch in diesen Fällen konnte durch den chirurgischen Eingriff eine

erhebliche Besserung des Zustandes erzielt werden, so daß derartige Fälle keinen Beweis für einen diagnostischen Fehler abgeben, um so mehr als in allen diesen anatomische Veränderungen des Wurmfortsatzes gefunden wurden. E. Toff (Braila).

P. Ragaine, L'appendicité vermineuse. (Inaugural-Dissertation. Paris 1905.) Verschiedene Darmparasiten, wie Ascaris, Trichocephalus oder Oxyuris, können Ulzerationen des Coecums hervorrufen und im weiteren Verlaufe, durch Sekundärinfektion, zu Appendizitis führen. Man soll daher gegebenenfalls an diese Ursache denken, da die Ausstoßung der Würmer oft von Heilung der Darmaffektion gefolgt ist. Prophylaktisch wäre das zeitweise Verabfolgen von vermifugen Mitteln anzuempfehlen. E. Toff (Braila).

Korach (Posen), Über Früh- und Fehldiagnosen der akuten Perityphlitis. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 86. S. 19.) K. wendet sich in vorliegender Arbeit gegen die in der Perityphlitisfrage vorherrschende Tendenz, jeden Fall von Perityphlitis ohne Kritik dem Chirurgen auszuliefern. Zunächst weist er auf die absurde Forderung der Chirurgen hin, nach welcher jeder Perityphlitisfall innerhalb der ersten 48 Stunden operiert werden soll. Absurd ist die Forderung deshalb, weil die Perityphlitis keine plötzlich eintretende Krankheit ist, sondern vielmehr in weitaus der Mehrzahl der Fälle der Krankheitsprozeß langsam vorbereitet wird. K. stellt deshalb die Frage der Frühdiagnose in den Vordergrund und weist besonders darauf hin, welchen Irrtümern man in der Diagnose der Perityphlitis anheim fallen kann.

Er unterscheidet zwei Kategorien von Fehldiagnosen. Einmal diejenigen Fälle, in welchen eine Appendizitis als Ausgangspunkt einer peritonealen Infektion nicht erkannt worden ist. Diese Fehldiagnose wird im allgemeinen wenig Schaden stiften, da es sich der Chirurg zur Gewohnheit gemacht hat, nach Eröffnung des Leibes dessen ganzen Inhalt abzutasten, insbesondere aber nach dem Appendix zu sehen. Der Schaden wird um so geringer sein, als in der überwiegenden Mehrzahl solcher Fälle eine absolute Indikation zu einem chirurgischen Eingriff vorliegt.

Zur zweiten Kategorie gehören Fälle, in denen auf Grund der Annahme einer akuten Perityphlitis die Bauchhöhle eröffnet wird und die Autopsie zur Erkenntnis führt, daß weder eine Erkrankung des Appendix noch sonst eine die Laparotomie rechtfertigende Erkrankung des Abdomens vorhanden ist.

In Betracht kommen hier die Neuralgie des N. genito-cruralis, Hysterie, Ovarie, intumeszierte tuberkulöse Lymphknoten, ein Kalktumor, eine dislozierte Niere, Typhus und selbst akute Pneumonie.

K. teilt selbst die Krankengeschichten von drei eigenen Patienten mit, bei welchen mehrere Ärzte die Diagnose auf Perityphlitis stellten, bei welchen aber die Operation bzw. Sektion einmal eine Peritonealtuberkulose, einmal ein ins Kolon perforiertes Mesenterialsarkom, im dritten Falle aber überhaupt keinerlei Erkrankung im Abdomen ergab.

K. stellt deshalb zunächst das Postulat einer exakten Diagnose, insbesondere Frühdiagnose, bevor die Operation in Betracht gezogen

werden darf. Er weist dabei auf die großen Schwierigkeiten hin, welche einer frühen Diagnose entgegenstehen; so mißt er der subjektiven Schmerzempfindung nur geringen Wert bei, da einmal bei der Appendizitis die Schmerzen überall im Bauch sitzen können, andererseits Magenschmerzen, Lumbago, Ischias, Nephrolithiasis denselben Schmerz zu erzeugen imstande sind.

Der Druckschmerz ist zwar wertvoller für die Diagnose, doch erinnert K. daran, daß derselbe gerade bei Gangrän und Perforation durchaus fehlen kann. Vielfach ist eine exakte Prüfung durch Spannung der Bauchdecken unmöglich gemacht. Diese letztere kann ebenfalls nicht als untrügliches Zeichen angesehen werden, ebensowenig wie die Aufhebung der Bauchdeckenreflexe.

Endlich kann es sich immer noch um zwei Erkrankungen in der rechten Bauchhälfte handeln, so neben der Appendizitis um entzündliche Prozesse an der Gallenblase, Ren mobilis, Hydronephrose.

K. hofft, daß eine „Kasuistik der Irrtümer" die Diagnose der Appendizitis mehr fördern werde als die Statistiken chirurgischer Erfolge und Mißerfolge „durch zu späte Überweisung". Starck.

K. Landsteiner, Darmverschluß durch eingedicktes Mekonium. Pankreatitis. (Zentralblatt f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. Nr. 22.) Bei einem gesunden, spontan von einer gesunden Mutter geborenen Kinde ging bei und nach der Geburt kein Mekonium ab. Der Leib war aufgetrieben. In den drei nächsten Tagen nahm die Anschwellung zu; es ging kein Mekonium ab und Erbrechen nicht fäkulent riechender, grau-grünlicher Massen trat auf. Bei der jetzt vorgenommenen Gastroenterostomie entleert sich kein Mekonium. Das Erbrechen besteht weiter. Tod am fünften Tage. Bei der Sektion findet sich eine Peritonitis. Der Dünndarm ist stark gebläht, der Dickdarm aber kontrahiert. Im untersten Ileum findet sich nun eine an Glaserkitt erinnernde, grau-gelbe Masse, die noch in das Coecum ragt. Weiter nach oben nimmt der Darminhalt normale Konsistenz an. Die Darmwandung ist hier infolge starker Hypertrophie der Muscularis stark verdickt. Mikroskopisch fand sich am Darme außer Druckspuren, hervorgerufen durch das eingedickte Mekonium, und Leichenveränderungen nichts, das den Befund erklären könnte. Dagegen bestand im Pankreas eine chronisch interstitielle, zu Bindegewebsentwicklung führende Entzündung. L. nimmt nun an, daß das Fehlen des Pankreassekretes die Ursache für die Eindickung des Mekoniums sei. Dieses habe Darmverschluß herbeigeführt und sei indirekt der Anlaß der Hypertrophie der Muscularis in den höheren Darmabschnitten. Eine primäre Mißbildung des Darmes liege nicht vor.

Bennecke (Jena).

Rankin, The Anatomy and Pathology of Intestinal Obstruction. (Brooklyn Medical Journal. June 1906.) Verf. gibt einen Überblick über alle Möglichkeiten, durch die ein Darmverschluß zustande kommen kann. Etwas ausführlicher behandelt er die Möglichkeiten der Entstehung einer partiellen Darmlähmung bei Peritonitis. Die Ursache hierfür ist oft in der schnellen Resorption der Toxine zu suchen. Fischer-Defoy (Kiel).

B. Hess, Intussusception in Infancy and Childhood. (Med. Rev. of Reviews. Vol. XII. Nr. 2.) Verf. überblickt die Literatur der letzten 10 Jahre. Im ganzen wurden 1028 Fälle mitgeteilt und unter diesen sind bloß 314 Fälle, die genaue Einzelheiten liefern. Soviel der Verf. von den Krankengeschichten entnehmen kann, waren 60 % der Kinder unter einem Jahre. Leibschmerzen erschienen als erstes Symptom der Invagination. Erbrechen und blutige Entleerungen fanden fast immer statt. Plötzlicher Kollaps trat sehr oft ein. Eine Geschwulst war fühlbar in den meisten Fällen. Die Temperatur stieg in 40 % der Fälle. 43 % der beobachteten Fälle starben ohne Operation, 30 %, die operiert worden sind, nachdem andere Hilfsmittel fehlgeschlagen hatten; dagegen starben bloß 8 % derjenigen Fälle, die sofort einer Operation unterzogen sind. H. B. Sheffield.

M'Gregor, Intussusception statistics and their story. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Es wird eine Übersicht über 123 in verschiedenen Hospitälern beobachtete Fälle gegeben. 74 % aller betrafen Kinder unter 12 Monaten. 72,4 % waren männlich, 27,6 % weiblich. 63 % starben. Bei denen, die 6 Stunden nach Eintritt der Beschwerden zur Operation kamen, gelang die Heilung in 60 %, bei den nach 12 Stunden kommenden in 73,3 %, nach 24 Stunden in 51,5 % und nach 48 Stunden in 26,6 %.

Drei Fälle wurden durch Taxis mittels der hydrostatischen Methode geheilt; bei mehr als 30 war sie negativ. Verf. steht unbedingt auf dem Standpunkt, sofort zu operieren. Die Reposition durch Laparotomie war in 52,6 % von günstigem Erfolg begleitet; dagegen gelang von den 32 Fällen, in denen eine Resektion von Darm oder ein ähnlich eingreifender Eingriff vorgenommen werden mußte, die Heilung nur in zweien.

Verf. tritt sehr für eine Methode ein, die einen Rückfall verhüten soll: Er näht das Mesenterium in Zickzackform und zieht dann, ähnlich wie man ein Segel refft, den Faden an.

Fischer-Defoy (Kiel).

Marnoch, Cases of intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Es werden acht selbstbeobachtete Fälle von Darminvagination beschrieben. In einem gelang Taxis. Von den sieben Operierten starben drei: bei einem gelang die Reposition nicht, und der Zustand des Patienten war so, daß die Operation nicht weitergeführt werden konnte, beim zweiten war Darmresektion nötig und der dritte starb an Pneumonie. Fünf Patienten waren unter 15 Monaten alt, alle waren männlichen Geschlechts. Einmal bestand Invaginatio iliaca, 6mal ileo-coecalis. Als wichtigsten Punkt der Nachbehandlung betont M. die möglichst baldige Zufuhr von natürlicher Nahrung. Brustkinder sollen bald an die Brust angelegt werden. Fischer-Defoy (Kiel).

T. S. Thyne, Intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Th. hat in 20jähr. Praxis fünf Fälle von Invagination gesehen, davon zwei innerhalb eines Jahres bei demselben Kind. Alle betroffenen Kinder waren

kräftig. Einmal wurde nach Einblasen von Luft in das Rektum die Reposition als vollendet angesehen; am nächsten Tage trat plötzlicher Exitus ein: die Reposition war nur scheinbar gewesen. Verf. stellt zwei goldene Regeln auf: einmal eine frühe Diagnose der Darminvagination zu stellen, zweitens das Abdomen möglichst früh zu öffnen.

Fischer-Defoy (Kiel).

David M. Greig, On intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) G. hat 20 Fälle von Darminvagination beobachtet, davon 13 unter einem Jahr alt. 10 waren männlich, 10 weiblich; 4 wurden ohne Laparotomie geheilt, ein Patient starb nach Verweigerung der Operation. 12mal wurde die Laparotomie mit Reposition ausgeführt; 6mal trat Heilung ein. Alle 3 Fälle, in denen eine Darmresektion nötig war, starben. 9mal war die Invagination ileo-coecal; 2mal bestand Invaginatio iliaca, 2mal ileo-colica und 2mal colica.

Verf. empfiehlt vor der Operation, ohne damit viel Zeit zu verlieren, einen Taxisversuch durch Lufteinblasen in das Rektum. Nach der Operation sind bei Kindern Opiate nur mit Vorsicht zu gebrauchen.

Aus den geschilderten Fällen geht hervor, daß die Prognose um so besser ist, je früher die Behandlung einsetzt.

Fischer-Defoy (Kiel).

Henry J. Dunbar, Akute infantile Iufussuszeption. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Verf. behandelt ausführlich in sehr anregender Weise seine Erfahrungen über die akute infantile Darminvagination, durch die $^3/_4$ aller Fälle von akutem Darmverschluß bei Kindern veranlaßt werden. In den ersten 3 Monaten des Lebens liegen die Dünndarmschlingen ganz außerhalb des Beckens. Erst nach dieser Zeit beginnen sie ins Becken hinabzusteigen, wodurch eine spitzwinklige Mündung des Ileums in das Coecum zustande kommt. Tritt dann an dieser prädestinierten Stelle eine Invagination ein, so wirkt die Peristaltik im Sinne ihrer Weiterführung. Ferner werden grade nach den ersten Lebensmonaten fortwährend im Coecum und Colon Veränderungen an Gestalt und Größe beobachtet, die auch leicht zu Invagination Veranlassung geben können. Verf. hat außerdem oft bei Kindersektionen (aber nie bei solchen von älteren Kindern) gesehen, daß die Schleimhautbekleidung der Ileocoekalklappe gelockert war und sich in das Coecum vorwölbte. Er hält es für möglich, daß durch ihr Hineingleiten ins Lumen des Coecums eine Invagination ausgelöst werden kann. Eine weitere Prädisposition bildet die Beweglichkeit des Coecums, verursacht durch das Vorhandensein eines ansteigenden Mesokolons, wie man es zuweilen bei kleinen Kindern sieht.

Verf. verfügt über 59 Fälle. In 76,3 % war die Invagination ileo-coecal. In 5 % bestand Invaginatio iliaca, in 3,4 % colica und in 1,7 % ileo-colica. In 13,6 % war die Invagination gemischt. Die meisten Kinder waren in bestem Gesundheitszustand. 74,6 % waren männlich, 2,45 % weiblich. 6,8 % waren unter 4 Monaten alt, 62,7 %

zwischen 4 und 7, 20,3 % zwischen 8 und 12, 3,4 % zwischen 12 und 24 Monaten, 6,8 % älter.

Heilung wurde in 45,7 % erzielt. 54,3 % starben. In 23,7 % mußte eine Darmresektion vorgenommen werden; alle Kinder starben; der Grund dafür mag in der zu späten Einlieferung zu suchen sein. Durchschnittlich vergingen 21 Stunden vom Beginn der Symptome bis zur Operation bei den Geheilten, 39 Stunden bei den Verstorbenen. 63,3 % von den innerhalb der ersten 24 Stunden Operierten genasen, 28,5 % von den später Operierten.

Als klassische Symptome stellt D. fest: Plötzlicher Beginn mit kolikartigem Schmerz und Schrei. Dann intermittierender Schmerz. Nach 24 Stunden meist Abklingen des Schmerzes — der Patient wird schläfrig (Stadium der Darmparalyse). Als zweites sehr wichtiges Syptom kommt heftiges und wiederholtes Erbrechen, als drittes Abgang von Blut oder blutigem Schleim aus dem Rektum in Betracht (tritt meist erst nach 4—5 Stunden auf). Die Kinder sind meist mehr oder weniger kollabiert, das Abdomen ist mäßig ausgedehnt und frei mit der Atmung beweglich. In 57 von den 59 Fällen konnte der Invaginationstumor festgestellt werden, 5 mal im oberen Teil des Abdomens, 24 mal rechts, 28 mal links. In 29 Fällen war er vom Rektum aus zu fühlen.

Als Therapie kommt nur sofortige Laparotomie in Betracht. Verf. rät dringend davon ab, Zeit mit Einblasen von Luft oder Wasser in den Darm zu verlieren. Er lagert den Tumor nach außen und sucht den invaginierten Teil von unten her durch Druck auf die Invaginationsscheide herauszudrücken. Liegt das Ileum in ansteigender Lage zum Coecum und wird Rückfall befürchtet, dann rät Verf., das Mesenterium mit dem ansteigenden Mesokolon durch Catgut zu vereinigen.

D. rät davon ab, nach der Operation Opiate zu gebrauchen. Eher ist ein mildes Purgans zu empfehlen, das die Paralyse des Darms leicht beseitigt, während sie durch Opiate verstärkt werden kann. Sehr wesentlich ist, daß die Brustkinder möglichst bald wieder Brust bekommen. Fischer-Defoy (Kiel).

P. N. Hansen (Däne), Die Behandlung der akuten Darminvagination bei Kindern. (Aus der ersten Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen, Vorstand: Prof. E. A. Tscherning.) (Bibliotek for Läger. Juli 1906.) Das Material umfaßt 23 Kinder; 13 Mädchen, 10 Knaben. Das jüngste Kind war 3 Monate, das älteste 8 Jahre alt. 10 von den Patienten hatten Diarrhöe, nur 3 Obstipation kürzere oder längere Zeit voraus. Von den 23 Patienten genasen 13, während 10 starben. 16 hatten ileo-coecale, 3 Dickdarm-, 2 Dünndarminvaginationen, 1 hatte eine Invagination ileo-colica, 1 eine Invaginatio iliaca-ileo-coecalis. Bei einem Knaben mit einer gewöhnlichen Ileocoecalinvagination war zugleich eine aszendierende Dickdarminvagination vorhanden. Bei 6 Patienten wurden allein unblutige Eingriffe angewandt (Wassereingießung per Rektum, Massage der Invaginationsgeschwulst, gewöhnlich in Narkose), 3 von diesen genasen, 3 starben; der eine von den Gestorbenen war von seiner Invagination

befreit worden, aber starb an einer heftigen Gastroenteritis, bei den 2 andern glaubte man die Invagination geheilt zu haben (der eine war 4, der andere 5 Monate alt, es handelte sich um Ileocoecalinvagination von der Dauer von 24 Stunden), aber der eine starb nach einigen Stunden und der andere am folgenden Tage. In beiden Fällen ergab die Sektion das Vorhandensein einer großen Invaginatio ileocoecalis. Bei 11 Patienten wurde Laparotomie vorgenommen, nachdem es durch die unblutigen Methoden nicht gelungen war, die Invaginationsgeschwulst zu entfernen, von diesen 11 wurden 7 geheilt, 4 starben, das unglückliche Resultat in den 2 Fällen sucht der Verf. in dem Umstand, daß die Laparotomie nicht unmittelbar der unblutigen Behandlung folgte. In 6 Fällen wurde primäre Laparotomie gemacht, 3 wurden geheilt, 3 starben (diese 3 Fälle waren 1. 4 Tage dauernde Dünndarminvagination mit Darmgangrän und beginnender Peritonitis [Darmresektion], 2. 5 Tage dauernde Ileocoecalinvagination nebst aszendierender Dickdarminvagination mit Darmgangrän und Pneumonie [Enterostomie], 3. 30 Stunden dauernde Ileocoecalinvagination [Reposition schwierig, starb am folgendem Tage an Peritonitis]).

Der Verf. zieht aus seinen Fällen die Lehre, daß man immer die primäre Laparotomie anwenden soll. Durch die unblutigen Verfahren kann man nach seiner Meinung nicht sicher entscheiden, daß die Invagination geschwunden ist, und der Erfolg der primären Laparotomie ist viel besser als der Erfolg der sekundären.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

E. Fenouillière, Traitement de l'invagination aigue chez l'enfant du premier âge. (Thèse de Paris. 1906.) Ein frühzeitiges und wichtiges diagnostisches Zeichen ist die Melaena, welche schon auf die Invagination hinweist, wenn noch kein Tumor und keine Darmobstruktion aufgetreten sind. Als Behandlung gibt oft die rektale Infusion mit lauwarmem Wasser gute Resultate und ist genügend, um die Invagination auszudehnen. Man chloroformiert das Kind und führt einen Nélatonschen Katheter möglichst hoch hinauf ein. Dem Ausfließen der eingespritzten Flüssigkeit wird durch das Zusammendrücken der Gesäßbacken entgegengewirkt. Doch ist diese Behandlungsmethode nur für die ersten 36 Stunden anzuempfehlen, später, oder wenn dieselbe keine Resultate ergibt, muß chirurgisch eingeschritten werden. Nach vorgenommener Laparotomie werden die invaginierten Teile reponiert, was für die meisten Fälle genügend ist, besteht aber eine irreduktible Invaginierung, Gangrän oder Perforation, so muß die Resektion vorgenommen werden.

E. Toff (Braila).

Ingenuris Sörensen (Däne), Darminvagination. (Hospitalstidende. Nr. 8. 1906.) 6 Fälle, im Verlaufe des letzten Jahres im Bezirkskrankenhaus zu Aarhus beobachtet. 4 Patienten wurden durch Operation geheilt. (5 Monate alter Knabe. Invaginatio ileocoecalis. Laparotomia c. desinvaginatione 22 Stunden nach dem Anfang der Symptome. — 8jähriges Mädchen. Invaginatio ilei. Laparotomia c. resectione intestini ilei et enteroanastomose 3 Wochen nach dem Anfang der Syptome. — 12jähriger Knabe. Invagi-

natio ileo-coecalis. Laparotomia c. desinvaginatione am 12. Krankheitstage. — 14jähriges Mädchen. Invaginatio ileo-coecalis chronica. Laparotomia c. desinvaginatione et resectione ilei et coli et anastomose ileo-colica $2^1/_4$ Monate nach dem Anfang der Krankheit.) Zwei starben, ein $1^1/_2$ jähriger Knabe mit Invaginatio ileo-coecalis an Bronchopneumonie 4 Tage nach der operativen Desinvagination, und ein 7 Monate alter Knabe am 4. Krankheitstage im Anschluß der Operation (Laparotomia c. enterostomia) 2 Tage nach einer anscheinend gelungenen unblutigen Reposition. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

H. Hirschsprung, 107 Fälle von Darminvagination bei Kindern, behandelt im Königin Luisen-Kinderhospital in Kopenhagen während der Jahre 1871—1904. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1905. Bd. 14.) Die Darminvagination der Kinder bildete bereits auf verschiedenen Kongroßen Gegenstand des Referates und eifrigster Diskussion, so zuletzt in Kassel 1903, wo H. über 96 Fälle berichten konnte. Bis November 1904 hat die Zahl der von ihm beobachteten Fälle 107 erreicht. Vor allen Dingen ist es auffallend, daß das Vorkommen der Krankheit an Örtlichkeiten, Länder usw. geknüpft ist. So scheint besonders in England, weniger in Deutschland, ein gehäuftes Auftreten beobachtet zu sein; an der Spitze scheint allerdings in dieser Hinsicht Kopenhagen zu stehen, wo H. seine Fälle gesehen hat, deren Zahl diejenige aller übrigen auf dem Kasseler Kongreß mitgeteilten Fälle um mehr als das Doppelte übertrifft. Wie diese Variationen im örtlichen Vorkommen zu deuten sind, bleibt vorerst unklar.

Auf Grund der Statistik von H. scheinen Knaben häufiger von der Krankheit befallen zu werden als Mädchen, das Verhältnis war 7,7 : 3,0. Meist handelt es sich um Kinder unter 1 Jahr. Der Ernährungszustand pflegt fast stets auffallend gut zu sein.

Unter den ätiologischen Momenten spielt die habituelle Obstipation die Hauptrolle; in solchen Fällen bildet sich die Invagination in der Regel im Dickdarm aus.

Weit seltener ging ein Darmkatarrh mit häufigen dünnen Entleerungen der Krankheit voraus. Auch Traumen, körperlicher wie psychischer Natur, scheinen in manchen Fällen eine ätiologische Rolle gespielt zu haben; H. weist weiterhin auf den ätiologischen Zusammenhang von Geschwülsten (Polypen) der Darmwand, von diffusen Blutungen im Darmparenchym, von Darmdivertikeln und Proc. vermiformis zur Darminvagination hin. Neigung zu Rezidiven besteht nicht.

Von größtem Interesse sind H.s Mitteilungen über die Behandlung der Krankheit: hat man doch auf der Naturforscherversammlung Kassel 1903 dieselbe fast ausschließlich dem Chirurgen in die Hand legen wollen. Allerdings waren die operativen Resultate keineswegs ermutigend. H. hat fast alle Fälle auf internem Wege angegriffen und dabei 60,75 % Heilungen erzielt.

Die Therapie bestand in: Chloroformierung, Taxis, Wassereinspritzung mit Klysopompe. Diese Behandlung, besonders die Wassereinspritzung, konnte jedoch nur bei Dickdarminvagination Erfolg haben, der Wasserdruck hat auf den Dünndarm keinen Einfluß; in der Tat

beziehen sich die jüngsten Resultate hauptsächlich auf Dickdarminvagination. Die Fälle mit Dünndarminvagination, die zum Glück sehr selten sind, verliefen alle — 11 an der Zahl — tödlich. Es wäre nun vor allem wichtig eine Differentialdiagnose zwischen Dick- und Dünndarminvagination zu stellen, um letztere eventuell frühzeitig dem Chirurgen zu überlassen.

Allein diese Diagnose bietet große Schwierigkeiten. Nur wo keine Anhaltspunkte für eine Lokaldiagnose gefunden werden, empfiehlt H. die Laparotomie. (Über die diagnostische Abgrenzung der einzelnen Formen hat H. ausführlich in Wien 1894 gesprochen.)

In prophylaktischer Hinsicht redet H. der Verhütung einer habituellen Obstipation das Wort. Große Bedeutung mißt er auch dem Abgang von blutigem Schleim per rectum bei, die in jedem Falle eine dringende Mahnung zu baldiger genauer Untersuchung bildet. „Je näher man dem Anfang der Krankheit steht, desto leichter ist in der Regel die Untersuchung, desto leichter die Reposition der eventuellen Geschwulst.“ Die Heilung fand in 70% statt, wenn die Krankheit kürzer, 30% wenn sie länger als 24 Stunden gedauert hatte.

Starck (Karlsruhe).

C. Boehm, Zur Kasuistik der inkarzerierten Zwerchfellhernie. (Aus dem Kinderkrankenhaus in Leipzig.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 49.) Ein 4jähriges Kind, bis dahin ganz gesund, regte sich eines Vormittags bei einem Streit sehr auf, „blieb weg“, klagte dann sofort über Bauchschmerzen und erkrankte sehr schwer, mit miserablem Allgemeinbefinden, Zyanose, Dyspnoe. Ins Krankenhaus gebracht, wo wegen des Zustandes nicht genauer untersucht werden konnte, starb es $^1/_2$ Stunde später, ohne daß man eine Diagnose stellen konnte. Die Sektion zeigte, daß es sich um Inkarzeration einer Hernia diaphragmatica spuria gehandelt hatte, einer Hernie ohne Bruchsack, die, wie 81,5% aller Zwerchfellhernien, der linken Zwerchfellhälfte angehörte. Für eine traumatische Entstehung dieser Hernie fand sich kein Anhaltspunkt, man hatte es vielmehr mit einem jener Fälle von kongenitaler Zwerchfellhernie zu tun, bei denen es im muskulösen Zwerchfellteil oder im Centrum tendineum zu einer Dehiszenz kommt mit sekundärem Durchtritt von Baucheingeweiden. Ein solcher war hier in sehr ausgedehntem Maße vor sich gegangen; die am häufigsten dislozierten Organe, Magen, Colon und Netz, fanden sich auch hier in der Brusthöhle, außerdem der obere Milzpol. Verwachsungen der dislozierten Bauchorgane miteinander oder mit den Bauchpfortenrändern fehlten. Pathologisch-anatomisch zeigte von den dislozierten Organen nur das Colon transversum schon deutliche Zeichen der Inkarzeration: Schnürringe und Stauung. Am Magen sprach nur die enorme Auftreibung durch Gas dafür, daß durch die Enge der räumlichen Verhältnisse in der Bruchpforte und durch die eigentümliche Lageveränderung Cardia und Pylorus, dieser in abovaler, jene in ovaler Richtung — schlucken konnte Patient noch — für Gase und Speisebrei undurchgängig geworden waren. Gleich dem Magen zeigten auch Netz, Milz und Mesocolon keine Schnürringe. Die Verdrängungs- und Kompressions-

erscheinungen an den Brustorganen waren die in solchen Fällen gewöhnlichen; an der linken, infolge der vom Fötalleben an bestehenden Raumbeschränkung weniger entwickelten Lunge erschien fast nur der Unterlappen in Mitleidenschaft gezogen.

Als ursächliches Moment für das Zustandekommen der Inkarzeration mußte man jene heftige Aufregung ansehen; wie dieser Zusammenhang zu denken ist, darüber läßt sich nichts Sicheres sagen.

Wie in einer Reihe von Fällen, so war auch hier die Hernia diaphragmatica bis zum Augenblick der Inkarzeration völlig latent geblieben. Der Verlauf der letzteren vollzog sich unter dem Bilde eines Pneumothorax mit schweren Shockerscheinungen, wie es für die Inkarzeration so großer Eingeweidemengen typisch ist. Ohne irgendwelche prämonitorischen Erscheinungen, wie man sie sonst oft in der Anamnese von Zwerchfellhernien findet (Kurzatmigkeit, Zyanose nach Mahlzeiten, Hustenreiz, saures Aufstoßen, Brechneigung, Unfähigkeit, größere Mahlzeiten einzunehmen), setzten hier ganz unvermittelt die Symptome der Inkarzeration ein, Symptome, die zunächst auf einen akuten Prozeß in den Brustorganen, einhergehend mit schweren Allgemeinerscheinungen hindeuteten: „Wegbleiben", kalter Schweiß, Zyanose, Klagen über Schmerzen, deren Lokalisation auf den Leib beim Kinde keinen Anhaltspunkt gibt. Da der Schluckakt nicht beeinträchtigt, das Trinken nur mit leichtem Hüsteln verbunden war, auch sonst keine Symptome von seiten der Bauchorgane vorlagen, lenkte sich die Aufmerksamkeit bei der Aufnahme ins Krankenhaus auch in erster Linie auf die Brustorgane. Der mit Rücksicht auf den schweren Kollaps nur ziemlich flüchtig erhobene Befund ergab Erscheinungen, die den Verdacht auf Pneumothorax zu bestätigen geeignet waren: tympanitischen Schall von der dritten Rippe abwärts, ebenda aufgehobenes Atmen, Metallklang bei der Stäbchenplessimeterperkussion, Dextrokardie, Vorwölbung der linken Brusthälfte. Ileuserscheinungen, die so oft das Bild beherrschen, hatten hier bei dem rapiden Verlauf gewissermaßen keine Zeit gefunden, sich zu entwickeln. Grätzer.

P. Konow (Norweger), Hernia diaphragmatica. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1906. Nr. 2.) Angeborener Zwerchfellbruch. Der Magen, die Milz und der Darm mit Ausnahme des Rektum, der Flexura sigmoidea und 10 cm des Colon descendens wurden in der Brusthöhle gefunden. Das Loch fand sich neben der Aorta, war von 3—4 cm Diameter. Das Herz war nach der rechten Seite verschoben. Die Lungen von der Größe einer Feige und einer Mandel lagen dicht an der Columna gedrückt. Die Leber war stark herabgedrückt. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Beneke, Über Bauchlunge und Hernia diaphragmatica spuria. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Bei einem kräftigen neugeborenen Mädchen fand sich eine Hernia diaphragmatica spuria sinistra. In der Brusthöhle der Magen, die Milz und der größere Teil des Darmes; teils in der Brust, teils in der Bauchhöhle fand sich eine Nebenlunge mit großen und erweiterten Gefäßen, die als ein Ast der Arteria diaphragmatica gedeutet werden. Für die

Entstehung der Mißbildung sind mechanische Störungen in der Entwicklung der in Betracht kommenden Gewebe verantwortlich zu machen, und zwar ist in diesem wie ähnlichen Fällen dem abnorm starken Wachstum der Leberanlage die Schuld zuzumessen.

Bennecke (Jena).

H. Mayet et **F. Bourganel,** Hernie inguinale congénitale étranglée, contenant un diverticule de Meckel, chez un prématuré de six semaines. (Archives de méd. des enfants. September 1906.) Das betreffende 6 Wochen alte Kind wurde 3 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende geboren und hatte eine voluminöse inkarzerierte Inguinalhernie, die vor 2 Tagen sich bereits einmal eingeklemmt hatte, durch mühsame Taxis aber reponiert werden konnte.

Die vorgenommene Operation zeigte im Bruchsacke eine eingeklemmte Dünndarmschlinge und neben derselben ein 9 cm langes Diverticulum Meckelii, welches reseziert wurde. Die Operation wurde nach der Bassinischen Methode ausgeführt, der Divertikelstumpf mit dem Glüheisen verschorft, und konnte innerhalb 3 Wochen Heilung erzielt werden.

E. Toff (Braila).

Klaussner, Zur Kasuistik der angeborenen Hernien der Linea alba. (Aus der chirurg. Universitäts-Poliklinik zu München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.) Zwei Fälle, ein 11jähriges und ein 6 Wochen altes Kind betreffend. Bei beiden kam ätiologisch nur angeborener Defekt der weißen Bauchlinie in Betracht. Daß auf operativem Wege ein guter Verschluß bei diesen Brüchen zu erreichen ist, zeigte wieder Fall 2, bei dem operiert wurde. Der günstige Ausgang dürfte zu weiteren, schon im frühesten Alter vorzunehmenden Eingriffen ermuntern.

Grätzer.

Meredith, Congenital hernia of the umbilical cord, with report of two cases. (New York med. Journ. 20. Januar 1906. S. 138.) M. berichtet über zwei Fälle von operierten Nabelschnurbrüchen. Bei einem Knaben, bei dem der Bruch nur Darminhalt hatte, gelang die Operation vollkommen. Dagegen bei einem Mädchen, bei dem die Leber und der ganze Magendarmkanal im Bruchsack lag, ließ sich der Bruchinhalt nicht in die Bauchhöhle zurückbringen, es starb kurze Zeit nach der Operation.

Schreiber (Magdeburg).

Dal Vesco, Beitrag zur Behandlung der Nabelschnurhernien. (Bazz. degli osped. e delle clin. 9. April 1906.) Verf. erörtert ausführlich die Pathogenese der Nabelschnurhernien und berichtet über einen Fall, den er 24 Stunden nach der Geburt mit bestem Erfolg operierte. Die Hernie war faustgroß und enthielt die Leber und einen großen Teil des Intestinum. Die größte Schwierigkeit bestand im Reponieren und Reponierthalten der Eingeweide und in der Anästhesie.

F.

J. Finsterer, Ein Beitrag zur Kasuistik und Therapie des Nabelschnurbruches. (Aus der II. chirurg. Klinik der Universität Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 26.) F. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Nabelschnurbruch stellt entweder eine Hemmungsmißbildung dar, bedingt durch Verweilen des Darmes außerhalb der Bauchhöhle (Bruch der Embryonalperiode) oder seltener ist er ein echter Bruch (Bruch der Fötalperiode).

2. Die Prognose hat sich in den letzten 10 Jahren bei operativer Behandlung gebessert, und beträgt die Mortalität jetzt 23,2 % gegen 27,2 % (Schramm). Sie ist vor allem abhängig von einer möglichst frühzeitigen Operation.

3. Von der Radikaloperation können ausgeschlossen werden ganz kleine reponible Brüche und Eventrationen.

4. Dem extraperitonealen Verfahren nach Olshausen ist bei den irreponiblen Brüchen wegen der Möglichkeit von Nebenverletzungen die Radikaloperation mit Eröffnung des Peritoneums vorzuziehen.

Grätzer.

R. Krauss, Über die Dauerresultate der Omphalektomie bei Nabelbrüchen. (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 50. Heft 1.) Bericht über 30 freie Nabelhernien bei Kindern und Erwachsenen, die nach der v. Brunsschen Methode (vollständige Exzision des Nabels und einfache schichtweise Naht der Bauchdecken) operiert wurden.

14 davon waren Frauen, die mehrmals geboren hatten. Nachuntersuchung von 22 Fällen, bei denen die Operation mindestens ein Jahr zurücklag. 13 mal wurden Dauerheilungen konstatiert, 9 mal Rezidive, vor dem auch eine vorschriftsmäßig getragene Leibbinde nicht schützte. Die Resultate anderer Operationsmethoden sind ebenso ungünstig.

Ewald (Heidelberg).

Hutinel, Syphilitische Ulzerationen am Nabel bei Kindern. (La Clinique infantile. Mai 1906.) H. lenkt in dieser Mitteilung die Aufmerksamkeit auf diese seltene und auffallende Lokalisation der hereditären Syphilis, die oft irrtümlicherweise für eine gewöhnliche Nabelinfektion gehalten wird. Ihre Hauptcharakteristika sind: Um den 8.—20. Tag, bald nach dem Abfall der Nabelschnur, beginnt der Nabel anzuschwellen, indem er dabei eine weiche, rundliche Prominenz von 2—4 cm Radius von entzündlichem Aussehen, zuweilen mit einer leichten Desquamation auf der Spitze bildet. Das Zentrum dieser Prominenz beginnt sodann geschwürig zu zerfallen, und an Stelle der Nabelnarbe erscheint ein tiefes, kraterförmiges Geschwür mit ausgefressenen Rändern, grauer Oberfläche, sehr geringer Sekretion, das sich vergrößert und eine 1 cm tiefe Höhle bildet, welche die Bauchdecke zu perforieren droht. Die Ulzeration ist indolent, wächst nur langsam zu einem Umfang mit 1—1 $^1/_2$ cm Durchmesser. Auch wenn nach 12—15 Tagen die Haut sich zu bedecken anfängt, mit Nachlassen der Schwellung und Rötung, so kann eine fistulöse Ulzeration zurückbleiben, in welche die Sonde tief eindringt. Die Fistel ist von hartnäckigem Bestand und widersteht leicht den gewöhnlichen Maßnahmen. Syphilitische Nabelulzerationen kommen besonders bei schweren Fällen vor, ohne daß der allgemeine Zustand beträchtlich beeinflußt würde; Temperatur und Puls bleiben normal. Die Affektion ist heilbar, der tödliche Ausgang die Folge sekundärer Infektion. Für gewöhnlich mit anderen Manifestationen der Syphilis

sich einstellend, kann sie andererseits auch das erste Zeichen des Leidens sein. Darum ist ihre Erkennung wichtig, um so mehr, als die ungleich häufigere einfache Omphalitis in ihrem Beginn oft der syphilitischen Form gleichen kann, von der sie sich durch Rötung, Schwellung und geringe Sekretion aus der Nabelnarbe unterscheidet.

H. Netter (Pforzheim).

H. Forsener (Schwede), Über die pathologische Anatomie und Ätiologie der angeborenen Darm- und Ösophagusatresien nebst einer Studie über die früheste Entwicklung des Verdauungskanals. (Aus dem anatomischen Institut und dem allgemeinen Findelhaus zu Stockholm.) (Nordisk medicinskt Arkiv. Abt. I [Kirurgi] 1906. Nr. 20. Heft 3 u. 4.) Durch histologische Untersuchungen von menschlichen Embryonen fand der Verf., daß in frühen Stadien eine Epithelproliferation vorgeht, die gewöhnlich zu einer bestimmten Zeit des Fötallebens eine Obliteration sowohl in dem Duodenum — so wie schon Tandler und Kreuter nachwies — als auch ausnahmsweise in den übrigen Teilen des Darmkanals verursacht. Ähnliche Verhältnisse fand der Verf. durch komparative Untersuchungen bei Embryonen von Selachiern, Reptilien, Vögeln und Säugetieren. Der Verf. untersuchte demnächst eine Reihe von angeborenen Darm- und Ösophagusatresien, und glaubt, daß die Ursache derselben (rücksichtlich der Ösophagusatresien gilt es doch allein den unkomplizierten Formen) in den embryonalen Epithelokklusionen zu suchen ist. Wenn nämlich das Mesenchym durch den Darm einwächst, ehe die Lösung der Epithelokklusion stattgefunden hat, wird in der Lichtung des Darms eine Atresie gebildet, bestehend aus Bindegewebe, welches in dem Epithel eingelagert wird. Wenn die Bindegewebebrücke dünn ist, entsteht eine Membran; wenn sie dicker ist, ein Strang; ist sie unvollständig oder so schwach, daß sie birst, eine unvollständige Membran. Der Verf. zeigt ferner, daß der Darm während des Fötallebens unterhalb einer unvollständigen Stenose solche Veränderungen erleiden kann, daß die Lichtung verschwindet und die Teile des Darms nur vor einem festen Strang verbunden werden; aus einer ursprünglichen Verengung kann so eine vollständige Obliteration entstehen. Hierdurch läßt der Umstand sich erklären, daß das Mekonium unterhalb einer Atresie gefunden werden kann. Die verdienstvolle, in gewissen Richtungen bahnbrechende Arbeit wird von guten Bildern begleitet. Hoffentlich wird sie in einer Weltsprache erscheinen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Wilhelm Wernstedt (S.), Studien über die Natur der sogenannten angeborenen Pylorusstenose. (Nordiskt medicinskt Arkiv. Abt. I (innere Medizin). 1906. Heft 1 Nr. 2 und Heft II Nr 5.) Eingehende pathologisch-anatomische Untersuchungen von 17 pylorusstenotischen und zahlreichen Magen normaler Kinder. Der Verf. zieht aus seinen detaillierten Untersuchungen den Schluß, daß angeborene Pylorusstenose, die er als eine anatomische Mißbildung betrachtet, sehr selten ist, nur einer seiner Fälle (es handelt sich um eine 50jährige Frau) gehört diesem Landerer-Mayerschen Typus an; alle 16 anderen waren Stenosen bei Säuglingen und gehörten dem Hirsch-

sprungschen Typus an; der Verf. glaubt nicht, daß dieser Typus angeboren ist (das spastische Moment scheint ihm das wichtigste, und pathologisch-anatomisch tritt eine Hypertrophie der ganzen Magenmuskulatur auf) und schlägt für denselben den Namen Pylorospasmus oder spastische Pyloruskontraktur im Säuglingsalter vor, trotzdem daß Hirschsprung selbst die Ähnlichkeit seiner Fälle mit den von Landerer und Mayer publizierten Fällen bei Erwachsenen und älteren Kindern behauptete. Der sogenannte Sphincter pylori und Canalis pylori sind nach den Untersuchungen des Verf. als Ausdruck für verschiedene Kontraktionszustände aufzufassen. Die Weite des Pyloruslumens dürfte sich durch Ausdehnungsversuche mit Wasser und nachfolgende Härtung mit Formalinlösung in exakterer Weise bestimmen lassen, als durch die von Pfaundler u. a. gebrauchten Methoden, deren Angaben sich als nicht stichhaltig herausstellen. Gute Illustrationen sind beigefügt. Die in der deutschen Sprache geschriebene Abhandlung ist sehr lesenswert. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Theodor Frölich (Norweger), Über Pylorusstenose bei Säuglingen. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. Nr. 9. 1906.) Der Verf. hat zwei Patienten mit diesem Leiden beobachtet; der erste starb im Spital; an dem anderen wurde Pyloroplastik mit gutem Erfolg vorgenommen. Er betrachtet das Leiden als angeboren, und auf vergleichende anatomische Untersuchungen gestützt als eine Entwicklungsanomalie, entweder als eine fötale Hyperplasie der Muskeln in dem sogenannten Canalis pylori oder als eine Folge des Ausbleibens der regressiven Veränderungen, die nach seiner Meinung zur Bildung des bleibenden Pylorus auftreten. Außer der angeborenen Pylorusstenose existiert ein von ihr ganz verschiedener funktioneller Pylorusspasmus. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

C. E. Bloch (Däne), Die angeborene Pylorusstenose und ihre Behandlung. (Hospitalstidende. Nr. 5, 6 u. 7. 1906.) Auf 12 Krankengeschichten gestützt gibt der Verf. zuerst eine Darstellung des Krankheitsbildes. Er glaubt, daß man zwei Stadien unterscheiden kann. Im ersten Stadium tritt das Erbrechen unmittelbar nach jeder Mahlzeit auf, es sind aber keine sichtbaren peristaltischen Bewegungen vorhanden; im zweiten Stadium ist das Erbrechen weniger häufig, mehr voluminös und besteht aus stinkender, zerteilter Nahrung; es ist Gastritis und Stagnation vorhanden, und die Peristaltik ist sichtbar; ohne Stagnation gibt es auch keine sichtbare Peristaltik, schreibt der Verf. In diesem Stadium magert der Patient ab. Obstipation ist in beiden Stadien vorhanden. Der Verf. bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden, zieht die Heubnersche Methode, reichliche Ernährung trotz des Erbrechens vor. Er hebt noch die gleichzeitige Behandlung einer vorhandenen Gastritis hervor und empfiehlt Buttermilch als Nahrung bei diesen Patienten. Von den 12 Patienten starben 2 einige Tage nach der Aufnahme, 2 kurz nach Loretas Operation, 8 wurden ad modum Heubner behandelt und geheilt.
Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Sturmdorf, Hypertrophic Stenosis of the Pylorus. (N. Y. Med. Record. Vol. 70. Nr. 17.) St. erörtert die pathologische

Anatomie der Stenose des Pylorus bei Säuglingen und unterscheidet drei Arten derselben: 1. Spastische Kontraktur des Pylorus, welche oft heilbar ist durch medizinische und diätetische Behandlung, eventuell die Loreta-Operation. Die meisten Fälle, die genesen, gehören dieser Art an. 2. Spastische Kontraktur mit Hypertrophie des Pylorus; 3. Stenose des Pylorus mit Tumorbildung. In letzteren zwei Zuständen sei Gastro-Duodenostomie indiziert und dürfte nötigenfalls in zwei Sitzungen unternommen werden.

Eine frühe Diagnose ist äußerst wichtig, indem der operative Eingriff in gewissen Fällen wohl gelingt, wenn der allgemeine Zustand des Kindes befriedigend ist. H. B. Sheffield.

J. W. Rob, Ein Fall von angeborener Pylorushypertrophie. (Lancet. 23. Juni 1906. I.) Die ersten Symptome des Leidens bei dem einen Monat alten Kinde waren ungestümes Erbrechen und Abmagerung. Das Epigastrium war vorgetrieben, die Temperatur subnormal. Von Peristaltik des Magens war nichts zu sehen, ein Tumor der Pylorusgegend nicht fühlbar, die Verstopfung hartnäckig. Tägliche Magenspülung, ferner Ernährung mit peptonisierter Milch, 1 Teil und 2 Teile Wasser, stündlich 15 g, war die Therapie. Der Verstopfung wurde man mit kleinen Kalomeldosen Herr; das Kind kam jedoch immer weiter herunter und eine beträchtliche Gastrektasie stellte sich ein. Jetzt konnte auch ein Tumor gefühlt werden, eine Magenperistaltik wurde zeitweise sichtbar. Allmählich ließ das Erbrechen nach, die Magenspülungen wurden nur noch alle 2 Tage vorgenommen, dazu wurde Opiumtinktur, jeweils 20 Minuten vor jeder Mahlzeit, in minimalsten Mengen gegeben. Dabei kam es zur Pupillenverengerung. Nach der Magenspülung fühlte sich das Kind immer recht behaglich, nahm seine Nahrung und schlief ein. Das Körpergewicht nahm stetig zu. Zuerst wurde roher Fleischsaft gegeben, der wegen Erbrechen erst ausgesetzt, später aber gut vertragen wurde. Die weitere Entwicklung des Kindes war eine durchaus ungestörte. H. Netter (Pforzheim).

K. Schneider, Thiosinamininjektionen bei Narbenstriktur des Ösophagus. (Aus dem Kinderspital in Basel.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 11.)

Für feinste Sonden nicht durchgängige Striktur bei 5jährigem Jungen nach Trinken von Natronlauge. Benutzung einer Lösung von Thiosinamin 1,0 in 4,0 Glyzerin und 16,0 Wasser. Erste Injektion (0;7 ccm) am 10. III. 1905, die zweite am 13. III. Tags darauf dringt Sonde 9 Charrière leicht in den Magen. Nach der siebenten Injektion am 30. III. (seit der dritten je 1 ccm) passiert Sonde 28 (= 9 1/3 mm) ohne Schwierigkeit und wird gewöhnliche Kost genossen. Am 8. IV. (Spitalsaustritt) Sonde Nr. 30, keine Beschwerden beim Schlingen, 2 1/2 kg Gewichtszunahme.

Auffallend war hier die ungemein rasche Wirkung der Injektionen; schon einen Tag nach der zweiten Injektion hatte sich das Narbengewebe so gelockert, daß eine weiche 3 mm-Sonde durchdringen konnte, während vorher auch die feinsten Sonden nicht passierten.

Grätzer.

R. Burmeister (Concepcion), Ein Speiseröhrenschnitt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.) Am 11. August 1905

verschluckte ein 22 Monate altes Kind ein 20-Centstück (Größe eines Markstückes). Ein Arzt ließ das Kind trinken und ein Stückchen Biskuit schlucken, und als dies ohne Beschwerden herunterging, erklärte er, das Geldstück werde auf dem natürlichen Wege abgehen. Als dies nicht geschah, wurde am 14. August B. konsultiert, welcher Durchstrahlung mit Röntgenstrahlen vornahm; er fand die Münze im Ösophagus, in der Höhe des oberen Sternalrandes, in die Frontalebene eingestellt. Nachdem Versuche, den Fremdkörper ohne Operation zu eliminieren fehlgeschlagen, wurde operiert. B. sagt darüber:

„17. August 1905, 9 Uhr a. m., wurde zur Entfernung des Fremdkörpers durch Oesophagotomia externa geschritten. Nach Einleitung der Chloroformnarkose wurde zunächst mittels elastischer Bougie nochmals konstatiert, daß der Fremdkörper sich noch unverändert am selben Orte befände. Dann wurde eine Rolle unter die Schultern des liegenden Patienten geschoben, derart, daß der Kopf nach hinten rechts überhing und die Speiseröhre mit Rachen und Mund ein annähernd geradliniges Rohr bildete. Ausführung der Operation in gewöhnlicher Weise: Schnitt am inneren Rande des Sternocleidomastoideus. Die sehr stark gefüllte Vena jugularis wird nach außen abgedrängt, eine Rosersche Stahlbougie Nr. 24 durch den Mund bis in die Gegend der Wunde gebracht, den Knopf gegen letztere vorgeschoben, und nachdem der Ösophagus stumpf erreicht, seine Wand gegen den Bougieknopf eingeschnitten. Eine durch die Wunde in der Richtung gegen den Magen eingeführte gebogene Kornzange faßte die Münze glücklicherweise sofort derart, daß die Entwicklung ohne weitere Schwierigkeit vorgenommen werden konnte.

Einführung eines Gummischlauches vom Kaliber Ch. 22 durch Wunde und Speiseröhre bis in den Magen, eine Naht im unteren, drei Nähte im oberen Wundwinkel und Jodoformgazetamponade rings um den Schlauch beendeten die Operation. Der ganze Eingriff vom Beginn der Narkose bis zum Schluß des Verbandes hatte kaum 25 Minuten gedauert, und der Blutverlust war — ohne Unterbindung — minimal gewesen, beides Momente, welche sicher von Einfluß waren auf die vorzügliche Art und Weise, in welcher der kleine Patient sich von der Operation erholte.“

Und dann weiter:

„Bei der Ausführung der Operation selbst schien mir die dem Patienten gegebene Stellung von einiger Bedeutung zu sein. Wir operierten nicht in „halbsitzender“, sondern in liegender Stellung des Kranken. Dabei wurde eine Rolle derart unter die Schultern geschoben, daß der Kopf stark nach hinten überfiel und Mundhöhle, Pharynx und obere Speiseröhre ein annähernd gerades Rohr bildeten, wobei der Kopf leicht nach rechts gedreht und der linke Mundwinkel etwas tiefer als der rechte gestellt wurde. Die Zunge wurde, um freie Atmung zu sichern, von vornherein angezogen. Ich hoffte durch diese Anordnung Zeit bei der Operation zu sparen. Vor allem beabsichtigte ich, durch eine derartig fixierte Stellung die spätere Einführung der Stahlbougie vorzubereiten und zu erleichtern. Tatsächlich ging später die Einführung der Bougie, ohne daß man an der Stellung des Patienten noch etwas hätte ändern müssen, glatt und

ohne jeglichen Zeitverlust von statten. — Des weiteren hoffte ich aber, daß die beschriebene Stellung mir beim Eindringen in die Tiefe für die Schonung der großen Gefäße von einigem Nutzen sein werde. Ich ging dabei von der Erfahrung aus, daß Leute, welche sich mittels Halsabschneidens das Leben zu nehmen beabsichtigen, diesen Zweck meistens nicht erreichen, weil sie den Kopf, anstatt ihn nach vorne herüberzuneigen, hintenüber halten, bei welcher Stellung die großen Gefäße sich bekanntlich einer durch die Wirbelsäule gehenden Frontalebene nähern und so durch die zwischen ihnen nach vorne rückende Wirbelsäule geschützt, dem in selbstmörderischer Absicht geführten Messer ausweichen. Ich hoffte, daß dieser Mechanismus mir für die Vermeidung einer Verletzung jener Teile von Nutzen sein und außerdem das Vordringen in die Tiefe erleichtern werde. In der Tat machte die Schonung der Gefäße keinerlei Schwierigkeiten, sondern das Vorgehen an ihnen vorbei war eigentlich das Bequemste, da Sternocleimastoideus und Gefäßbündel sozusagen von selbst zurückwichen, um den Weg auf die Speiseröhre freizugeben.

Nach vollendeter Extraktion legten wir keine Naht des Ösophagus an, sondern begnügten uns mit einer geringen Verkleinerung der äußeren Wunde. Wir unterließen die primäre Ösophagusnaht nicht etwa in Rücksicht auf den Zustand der Weichteile, sondern um Zeit zu sparen und den Chloroformverbrauch auf das möglichst geringe Maß zu beschränken. Die Heilung der Wunde ist dann ja auch in 14 Tagen prompt erfolgt, ein Resultat, welches auch mit Naht der Speiseröhre nicht viel besser hätte sein können.

Daß eine exakte Naht der Speiseröhre mit prima Intentio das Ideal für die Heilung bedeutet, bedarf ja wohl keiner Diskussion. Solange dies Ideal aber nicht mit annähernd absoluter Sicherheit erreichbar, solange wir nicht einmal sicher Komplikationen als Folge des primären Verschlusses der Wunde zu vermeiden vermögen, scheint es mir empfehlenswerter, als Normalverfahren für die Oesophagotomia externa zwecks Fremdkörperextraktion den Verzicht auf die Naht anzusehen. Für den Kranken bedeutet dies eine wesentliche Abkürzung der Operationsdauer, ein Gewinn, der allerdings von Fall zu Fall verschieden zu bewerten sein wird, aber doch ein sicherer und niemals ganz außer acht zu lassender Gewinn, dem gegenüber es bei ruhigem Abwägen der einzelnen Faktoren nicht allzuschwer sein wird, die eventuelle Aussicht auf eine möglicherweise etwas kürzere Nachbehandlung aufzugeben.“ Grätzer.

J. J. Rectenwald, A quarter removed after 219 days in the oesophagus of a child. (New York Medical Journ. Vol. LXXXIII. Nr. 2. 1906.) Es handelt sich um ein Kind von 2 Jahren und 2 Monaten, das ein Geldstück verschluckt hatte. Der herbeigerufene Arzt fand keine Gefahr und machte keinen Eingriff. Im Laufe der Zeit traten jedoch Schluckbeschwerden auf, die Atmung wurde erschwert, die Stimme heiser, es stellte sich häufig Hustenreiz ein, flüssige Speisen konnten die Speiseröhre unbehindert passieren, feste Speisen wurden schließlich wieder von sich gegeben. Das Kind nahm beträchtlich an Gewicht ab. Erst Ende April kam es in Behandlung

von Verf., welcher durch Röntgenaufnahme das Vorhandensein einer Münze an der Bifurkationsstelle der Trachea feststellte. Die Versuche einer Entfernung mit dem Münzenfänger, der nach Verf.s Ansicht bisweilen ein gefährliches Instrument sein kann, mißglückten 3mal, die mit dem Tiemannschen Instrument 5mal. Schließlich am 219. Tage gelang die Entfernung mittels eines eigens zu diesem Zweck konstruierten Fängers, den Verf. beschreibt. Das Kind wurde frei von allen Beschwerden. H. Greiner (Magdeburg).

G. A. Roddier, Les corps étrangés de l'oesophage chez les enfants. (Thèse de Paris. 1906.) Die im Ösophagus stecken gebliebenen Fremdkörper müssen so bald als möglich entfernt werden, und zwar geschieht dies entweder mit verschiedenen Extraktionsinstrumenten oder mittels der Oesophagotomia externa. Letztere ist heute eine gut definierte Operationsmethode, deren Resultate um so besser sind, je früher dieselbe zur Ausführung gelangt. Namentlich soll immer operativ vorgegangen werden, wenn es sich um einen voluminösen, schneidenden, rauhen oder eckigen Fremdkörper handelt. Für die Extraktion auf natürlichem Wege wird noch viel das Graefesche Instrument benützt, doch vergesse man nicht, daß durch dasselbe schon viel Unheil angerichtet worden ist, namentlich wenn es sich um eine so enge Röhre handelt, wie es der kindliche Ösophagus ist. Im allgemeinen sollen solche Extraktionsversuche nur in den ersten Tagen nach dem Unfalle versucht werden, wenn die Wand der Speiseröhre noch keine entzündlichen Veränderungen aufweist, während man später mit Vorliebe zur Operation greifen wird. E. Toff (Braila).

H. Brüning, Zur Behandlung der Askaridiasis. (Aus der Kinderabteilung des Univers.-Krankenhauses in Rostock.) (Mediz. Klinik. 1906. Nr. 29.) Ein in Amerika als offizinelles Anthelminticum täglich benutztes, bei uns gänzlich in Vergessenheit geratenes Mittel, das sogenannte amerikanische Wurmsamenöl (Wormseedoil), von der Pflanze Chenopodium anthelminticum Gray stammend, hat B. mit Erfolg angewandt; und zwar hat er mit einem seitens der Chem. Fabrik Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig hergestellten Öle 7 Kindern Askariden entfernt. Es seien drei Fälle näher geschildert.

1. Fall. 6jähriger Knabe mit Askarideneiern im Stuhl. Erhält 2mal 0,75 Ol. Chenopod. anthelminth. in 5%iger Emulsion mit Vasenol in 2½stündiger Zwischenpause. Nach 10 Stunden Entleerung von Stuhl mit zwei männlichen Spulwürmern. Tags darauf die gleichen Dosen Wurmsamenöl mit 2stündigem Intervall, 2 Stunden später 10 g Rizinusöl. Entleerung eines weiblichen Askaris. Von da im Stuhl keine Wurmeier mehr.

2. Fall. 4jähriger Knabe mit Tänien- und Askarideneiern im Stuhl. Früh nüchtern 10 ccm (0,5 Ol. Chenopod. anthelmint.) folgender 5%iger Emulsion.

Rp. Ol. Chenopod. anthelmint.
Gi. arab. subtill. pulv. āā 5,0
Aq. dest.
Syr. Aurant. āā 45,0
F. emulsio.

2 Stunden darauf 10 g Rinzinusöl; dieselbe Dosis 5 Stunden später. Nach 7 Stunden nochmals 0,25 g Ol. Chenopod. und 10 g Rizinus. Nach 9 Stunden Stuhlentleerung ohne Wurmeier. Bald darauf nochmals Stuhl mit einem weib-

lichen Spulwurm und zahlreichen Bandwurmeiern. Die Tänie selbst wird einige Tage später durch Extr. filic. abgetrieben. Keine weiteren Würmer mehr.

3. Fall. 13 jähriger Knabe mit zahlreichen Askarideneiern. Erhält in 2 stündigen Pausen 3 mal Ol. Chenop. in Dosen von 0,5 ccm von folgender Emulsion:

Rp. Ol. Chenopod. anthelmint. 10,0
Vitell. ovi I.
Ol. amygd.
Gi. arab. pulv. āā 10,0
Aq. dest. ad 200,0
F. emulsio.

2 Stunden später 10 g Rizinus. Nach 5 Stunden ein weiblicher Askaris und viele Eier. Tags darauf von der gleichen Emulsion dasselbe Quantum in 1 stündigen Intervallen und wieder 10 g Ol. Ricini. Nach 14 Stunden zwei männliche und ein weibliche Askaris.

Die Medikation stieß auf keine Schwierigkeiten, unangenehme Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung, das Mittel wirkte prompt in allen Fällen, und zwar scheint es, wie Fall 2 zeigte, eine spezifische Wirkung auf Askaris zu haben. Man kann es tropfenweise mit Sirup oder Zuckerwasser oder in Form der Emulsionen geben, und zwar empfiehlt es sich, bei Einschränkung der Nahrungszufuhr, 3 mal täglich 0,25—0,5 in 1—2 stündigen Intervallen (eventuell mehrere Tage) zu verabreichen und 1—2 Stunden nach der letzten Tagesdosis ein Abführmittel nachfolgen zu lassen. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien:

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 25. Oktober 1906.

Goldreich demonstriert ein 5 monatliches Kind mit angeborener **linksseitiger peripherer Fazialislähmung** und **Mißbildung des linken Ohres.** Die galvanische Erregbarkeit vom Nervenstamme aus ist erloschen, bei direkter Erregung des Mundfazialis ist Zuckung auszulösen. Ähnliches ergibt die Untersuchung der faradischen Erregbarkeit.

Die Ursache dieser peripheren Fazialislähmung ist möglicherweise in einer Entwicklungsanomalie des Ohres, verbunden mit mangelhafter Entwicklung des gesamten knöchernen Gehörapparates zu suchen.

Schüller zeigt anschließend daran einen analogen Fall von Mißbildung der linken Ohrmuschel und angeborener **Parese** des linken Nervus facialis. Durch elektrische Behandlung konnte Besserung erzielt werden. Auch Sch. bringt die Ohrmißbildung mit der Nervenaffektion in Zusammenhang.

Rach demonstriert ein 10 monatliches Kind mit **symmetrischer Makrodaktylie** an den Händen. Erster, zweiter und dritter Finger beider Hände sind bedeutend vergrößert. Wie aus dem Röntgenbilde hervorgeht, betrifft die Vergrößerung sowohl das Skelett als auch die Weichteile. Die Aktionsfähigkeit der Finger ist nicht beeinträchtigt. Das Fettgewebe der mißbildenden Finger ist geschwulstartig entwickelt, so daß die Finger gewulstet erscheinen.

Schrötter berichtet über die glücklich gelungene Entfernung eines Fremdkörpers mittels **direkter Bronchoskopie** aus der Teilungsstelle des rechten Unterlappenbronchus.

Das 10 monatliche Kind bekam beim Essen eines Wurststückes eine schwere Dyspnoe, die Respiration der rechten Lunge war aufgehoben. Im Bronchoskop

konnte der Fremdkörper, ein Knochenstück, gut gesehen und ohne Narkose extrahiert werden.

Schwoner zeigt ein 4 monatliches Kind, das am Kreuzbein Narben und darunter einen tastbaren Knochendefekt aufweist. Die Ursache dieser Veränderungen sei eine Spina bifida occulta. Swoboda bemerkt in der Diskussion, daß die Narbenbildung nur als intrauterin ausgeheiltes Angiom aufzufassen sei. Angiome über der Stelle der Spina bifida sind nicht selten.

Schick demonstriert einen 12 jährigen Knaben, der vor 4 Monaten auf der Scharlachstation der pädiatrischen Klinik lag und an den Nägeln Veränderungen aufweist, die zuerst von Meller, später von Feer als Scharlachlinie beschrieben werden.

4—5 Wochen nach Scharlachbeginn zeigt sich auf der Nageloberfläche eine quere lineare Furche, seltener ein Wall, der entsprechend dem Wachstum des Nagels nach vorne rückt. In 6 Monaten erreicht diese bogenförmig verlaufende Linie den freien Nagelrand.

Lehndorff demonstriert ein 5 jähriges Mädchen mit dem Bilde der Hodgkinschen Krankheit. Das Kind zeigt einen durch beiderseitige mächtige Schwellung der Lymphdrüsen enorm verbreiterten Hals. Auch die mediastinalen Lymphdrüsen erweisen sich im Radiogramm vergrößert. Dabei besteht hohes hektisches Ffeber, Kachexie, Anämie.

Das Blutbild ist das einer schweren Anämie. Hämoglobingehalt 35 %, rote Blutkörperchen 3 Millionen, weiße 12—20000, darunter 75—80 % polynukleäre Zellen. B. Schick (Wien).

---

78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Stuttgart

16.—22. September 1906.

Sektion für Kinderheilkunde.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 19. September 1906.

Vorsitzender: Czerny (Breslau).

Oberndorfer (München): **Herzhypertrophien im frühesten Kindesalter.** Mitteilung mehrerer Fälle hochgradiger Vergrößerung des Herzens von Säuglingen. Während als auslösendes Moment der Entstehung der Hypertrophie bei einigen die Vergrößerung der Tymus angenommen werden kann, ist die Genese der anderen Fälle in völliges Dunkel gehüllt. Das Herzgewicht, das im ersten Jahre 24—40 g normal beträgt, erreichte in den mitgeteilten Fällen das Drei- bis Vierfache des normalen (60, 66, 108, 132). Die Kinder entwickelten sich im allgemeinen normal. Die klinische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für kardiale Erkrankung. Der Tod trat meist plötzlich, manchmal unter Krämpfen ein. Die Literatur kennt nur sehr wenige ähnliche Fälle. Nicht ausgeschlossen ist, daß Alkoholismus der Eltern für die Entstehung dee Hypertrophie verantwortlich ist; möglich ist auch, daß manche Fälle sogenannter idiopathischer Herzhypertrophie, die in höherem Alter konstatiert werden, in ihren ersten Anfängen auf das frühere Kindesalter zurückdatieren.

In der Diskussion bedauert Heubner (Berlin) den Mangel der pathogenetischen Anschauungen. Falkenheim (Königsberg) fragt nach den Ernährungsverhältnissen in den beschriebenen Fällen. Bernheim (Zürich) betont die Notwendigkeit der Herzwägungen in diesen Fällen nach der Methode Krehl (Müller). Czerny fragt nach der Entwicklung der Skelettmuskulatur, da Relationen zwischen dieser und Herzmuskulatur bestehen. Schlußwort: Oberndorfer sah niemals stark entwickelte Skelettmuskulaturen.

Holz (Stuttgart): **Zur Rachitis beim Hunde, Hasen und Reh.** Verf. bespricht Präparate von beim Hunde aufgetretener Rachitis, Skelettveränderungen beim Kaninchen, Feldhasen und Reh, die der menschlichen Rachitis entsprechen, abge-

sehen davon, daß das Vorkommen der kalklosen Substanz auf die Epiphysengegend beschränkt ist.

Dräseke (Hamburg): **Zur Kenntnis der Rachitis.** Er hat anatomische Veränderungen im Rückenmark bei Rachitikern gefunden, die er für die Ätiologie verantwortlich macht.

Diskussion: Thiemich (Breslau) und Czerny halten die Methodik für nicht einwandfrei.

Uffenheimer (München): **Die Knötchenlunge.** Vortr. verbreitet sich unter Demonstration zahlreicher Präparate über das Wesen der von ihm erstmals in seiner Habilitationsschrift beschriebenen Knötchenlunge. Er schildert neue Versuche, die er diesmal im Gegensatz zu den älteren, mit Tuberkelbazillen vom Typus humanus angestellten mit Tuberkelbazillen eines sehr stark virulenten Bovinusstammes vorgenommen hat, und bespricht außerdem eine große Reihe von Kontrollversuchen. Die verimpften Processusdrüsen eines der Bovinustiere verursachten eine echte Tuberkulose beim Impftier, im übrigen trat auch bei der Bovinusreihe regelmäßig wieder die Knötchenlunge auf. Nach Beschreibung gewisser mikroskopischer Details, wobei längere Zeit bei eigenartigen eosinophilen Prozessen in den Knötchenlungen verweilt wird, kommt Vortr. zu folgenden Schlußfolgerungen auf Grund seinen neuen Materials:

1. Die Bildung der Knötchenlunge kann durch Einbringung der verschiedensten organischen Stoffe in den Meerschweinchenkörper ausgelöst werden. Auch nach Impfung mit normaler Körpersubstanz neugeborener Tiere zeigt sich nach längerer Zeit diese Erscheinung. 2. Die Überimpfung von Blut und Drüsen vor kurzem mit Tuberkelbazillen gefütterter Meerschweinchen auf neue Meerschweinchen löst nicht nur mit großer Regelmäßigkeit die Knötchenlunge bei diesen Tieren aus, sondern führt zugleich im Organismus derselben zu Immunisierungsvorgängen gegen den Tuberkelbazillus, welche experimentell erwiesen werden können. Ein kausales Abhängigkeitsverhältnis der Immunisierungsvorgänge von der Bildung der Knötchenlunge ist bis jetzt noch nicht erwiesen. Möglicherweise sind die Knötchenbildung in der Lunge und die Immunisierung gegen den Tuberkelbazillus als koordinierte biologische Vorgänge aufzufassen. 3. Es ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Möglichkeit gegeben, daß schnell nach der Fütterung der jungen Meerschweinchen mit dem Tuberkelbazillus einige wenige Keime in die verschiedensten Drüsen, eventuell in das Blut und die Organe übergehen können. Dies muß aber noch keine Erkrankung des Körpers an der Tuberkulose zur Folge haben, weil die einzelne Drüse usw. noch immer durch ihre Fähigkeit der abschwächenden Wirkung wenige eingedrungene Tuberkellbazillen völlig unschädlich machen kann.

Heubner (Berlin): **Über Pylorospasmus.** Er beobachtete über 49 Fälle unter 10000, also 0,5 %. Von 21 Fällen endigten zwei — in derselben Familie — letal. 18 Fälle blieben mit Sicherheit jahrelang am Leben. In bezug auf das Geschlecht und das Alter, in denen das Symptom des Brechens auftrat, stimmen die persönlichen Erfahrungen mit den schon bekannt gegebenen überein. Bezüglich des Chemismus der Verdauung ergaben sich keine Besonderheiten. H. steht nicht auf dem Standpunkt, daß es sich um eine organische Erkrankung, um Neubildung oder Mißbildung handelt. Eine Wucherung des Bindegewebes sei in keinem Falle überzeugend bewiesen. Auch die Untersuchungen Wernstedts sprechen im Sinne H. für eine funktionelle Neurose des Magens. Das einzig Pathologisch-Anatomische, was die Mägen darbieten, ist die Muskelhypertrophie, die sich nicht nur auf den Pylorus, sondern auch auf den gesamten Fundusteil erstreckt. H. vertritt die Auffassung, daß die primäre Störung der Krampf der Magenmuskulatur ist, der höchstwahrscheinlich von Geburt an besteht. Ein Beweis für die kongenitale Natur liegt in der Familiendisposition zur Erkankung. Bezüglich der Pathogenese verweist H. auf Zustände im Bereich der willkürlichen Muskulatur, in der auch angeborene, rückgangfähige, rein spastische Erscheinungen vorkommen. Ein nicht geringer Prozentsatz des Materials bot Zeichen hereditärer Belastung. Als oberstes Prinzip in der Behandlung des Leidens stellt H. die Schonung des Magens hin; deshalb sieht er von Ausspülungen ab und läßt das Kind in großen Pausen nähren, trinken und auch brechen, soviel es will. Am besten ist die Ernährung an der Mutterbrust oder Amme; ferner empfiehlt sich die lokale Applikation warmer Breiumschläge. Bezüglich der Operation empfiehlt H. als Termin den dritten Monat zu wählen. Was die

späteren Schicksale der Kinder anlangt, so erfreuten sich viele eines ungestörten Befindens, einige boten nervöse Störungen dar.

In der Diskussion betont Ibrahim (München), daß der Beweis für die sekundäre Hypertrophie durch Spasmus nicht erbracht sei. Er bezweifelt, daß histologische Untersuchungen der Zellkerne weitere Erkenntnis bringen, und verspricht sich mehr vom Studium des reflektorischen Pylorusschlusses. Vielleicht liegt der Anomalie eine solche der mesenterialen Aufhängebänder zugrunde. Mit Rücksicht auf die Entstehung von Säuren aus Fett im Magen schlägt er vor, entfettete Milch zu geben, da die Säurewirkung auf den Pylorusschluß erwiesen sei. Siegert (Köln) glaubt nicht an eine angeborene Hypertrophie, sondern an funktionellen Spasmus. Er betont, daß sich in manchen Fällen gelabte Kuhmilch gut bewähre, was er mechanisch und durch Säurebildung erklärt. Franke (Hamburg) glaubt aus einem Fall schließen zu dürfen, daß fettarme Milch das Leiden verschlimmere. Feer (Basel) teilt eine interessante Beobachtung mit, in der ein Ulcus eingetreten war. Der Pylorus war auf der rechten Fossa iliaca, die Magenmuskulatur stark verdickt. Rosenhaupt (Düsseldorf) glaubt auch an die Schädlichkeit zu geringen Fettgehaltes der Milch. Er spricht sich gegen die Verabreichung großer Nahrungsmengen aus. Rommel (München) teilt die funktionelle Auffassung und befürwortet die Atropindarreichung. Pfaundler (München) betont, daß es in bezug auf die spastische und auch Mißbildungstheorie Unitarier gäbe. Er stehe auf dem Standpunkte des Dualismus. Als Stütze der organischen Auffassung betont er den oft erbrachten Zusammenhang mit Mißbildungen an anderen Organen, Versprengungen von Brunnerschen Drüsen usw. Es gibt kontrahierte Mägen, die das besprochene Bild imitieren. Das ist aber nur eine Massenverschiebung, während es sich bei der kongenitalen Stenose um Massenzunahme handelt. Auch das verschiedene Verhalten gegen die Einführung von Wasser unter Druck bespricht Pfaundler; ferner teilt er mit, daß der von Finkelstein beobachtete Pylorustumor oft nicht dort liegt, wo sonst der Pylorus. Pfaundler ist bei den spastischen Fällen von der glänzenden Wirkung der Magenspülung überzeugt, die mit kaltem Wasser ausgeführt werden und erschlaffend wirken soll. Heubner (Schlußwort) betont nochmals, daß die Wernstedtschen Untersuchungen für seine Auffassung sprechen. Er leugnet nicht die Möglichkeit des Vorkommens organischer Stenosen, aber diese seien etwas anderes. Er perhorresziert die Magenspülung und warnt vor Ammenwechsel oder Übergang zu künstlicher Ernährung. Czerny hält die Frage der Pathogenese noch nicht für gelöst.

Thiemich (Breslau): **Über die Entwicklung eklamptischer Säuglinge in der späteren Kindheit.** Th. spricht von jenen Krämpfen, jener Eklampsie, die auf dem Boden der elektrischen Übererregbarkeit entsteht. Er hat 53 Kinder, die seinerzeit an dieser Affektion litten, dauernd beobachtet. Von diesen sind 33 schulpflichtig (7—9 Jahr alt), eins ist 12 Jahre alt. Epileptisch ist gegenwärtig keins. 18 Kinder sind intellektuell normal, 21 schwach begabt, bei 14 Kindern läßt sich nichts aussagen. Von den 20 nicht schulpflichtigen sind 40% schwach begabt. Unter den nicht schulpflichtigen Kindern sind solche mit stark verlangsamter Sprachentwicklung. Außer den intellektuellen Defekten bestehen neuropathische Störungen, Pavor nocturnus, Wutkrämpfe, choreiforme Bewegungen, Enuresis, Stottern, triebartiges Weglaufen, Pseudologia phantastica. Frei von den geschilderten Störungen ist ein Drittel des Materials, unter dem sich eine große Anzahl einziger Kinder befindet, weswegen die guten Leistungen nicht zu bindenden Schlüssen berechtigen. In bezug auf Heredität spielen Epilepsie, Tuberkulose, Alkoholismus, Schwachbegabung keine Rolle. Sowohl Eklampsie als defekte Weiterentwicklung sind Folgen einer kongenitalen, bzw. hereditären Minderwertigkeit.

Die vorgetragenen Untersuchungen hat Th. mit Unterstützung von Birk (Breslau) ausgeführt.

In der Diskussion betont Escherich (Wien) den Wert der Methode der vorgetragenen Untersuchungen, doch kann er sich nicht auf den Standpunkt stellen, der den Begriff der Eklampsie in dem der spasmophilen Diathese aufgehen läßt. Es ist eine Frage, ob wir berechtigt sind, eine verschiedene Pathogenese anzunehmen. Escherich denkt an eine gemeinschaftliche Pathogenese, vielleicht eine funktionelle Störung der Epithelkörperchen. Heubner schließt sich dieser Auffassung Escherichs nicht an, betont allerdings, daß nicht alle Krämpfe, die in jener Zeit auftreten, ihre Grundlage in der spasmophilen Dia-

these haben müssen. Er schlägt vor, bei dem Namen der Spasmophilie zu bleiben. Escherich betont, daß er nicht von gemeinsamer Ätiologie, sondern nur von gemeinsamer Pathogenese gesprochen habe. Finkelstein meint, daß Spasmophilie am besten den Konstitutionszustand bezeichnet. Er berichtet von seinen Dauerbeobachtungen, die denen Thiemichs ähnlich sind, insbesondere hat er viel Spasmophilien bei älteren Kindern gesehen. Degenkolb-Roda betont auf Grund seines Materials den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Eklampsie. Thiemich (Breslau) sagt im Schlußwort, daß gerade die galvanischen Untersuchungen, wie die Breslauer Schule gezeigt hat, ein feines Reagenz für jene von ihm besprochene Störung abgeben. Er akzeptiert den Namen der Spasmophilie, um einem fruchtlosen Wortstreit zu entgehen. Dieser Begriff deckt sich aber jedenfalls mit dem Escherichs, dem Begriff des tetanischen Zustandes. Bezüglich der Epilepsie verweist Thiemich auf die widersprechenden Angaben der Literatur.

v. Pirquet (Wien): **Galvanische Untersuchungen an Säuglingen.** Nur bei starker Erhöhung der Erregbarkeit ist die K. Oe. Z. unter 5 m A. erreichbar; für leichte Übererregbarkeit ist die A. Oe. Z. wertvoller, welche beim normalen Säugling ebenfalls über der Schwelle von 5 m A. liegt. Bei fortlaufenden Untersuchungen anscheinend gesunder Kinder der Wiener Säuglingsabteilung ließen sich bei einem Teil derselben Übererregbarkeitserscheinungen und Erregbarkeitsschwankungen nachweisen. In einem Fall entstand im Verlaufe der Untersuchungen ein typischer tetanoider Zustand. Eine genaue Analyse der Syndrome läßt noch am ehesten den Einfluß respiratorischer Noxen vermuten. Der Übergang von Brust- auf Kuhmilch bewirkte in keinem der untersuchten Fälle eine deutliche Erhöhung der Erregbarkeit; ein Einfluß der Nahrung konnte nur einmal konstatiert werden, als Aussetzen der Kuhmilch von einer vorübergehenden Herabsetzung der Erregbarkeit gefolgt war. Darreichung selbst großer Mengen von Calcium bewirkte keine Veränderung.

In der Diskussion bemerkt Finkelstein (Berlin), daß es zum Zustandekommen des Phänomens der elektrischen Überregbarkeit notwendig sei, daß primär irgend eine Allgemeinstörung des Organismus bestehe. Erst infolge dieser kommt der Einfluß der Ernährung auf die Erregbarkeit zustande. Was diesen Faktor betrifft, so ist er wechselnd. Die Verhältnisse liegen oft ungeheuer kompliziert, so daß nur aus einem großen Material Schlüsse gezogen werden können. Ziehen wir dann ein Durchschnittsergebnis, so spricht es im Sinne der Breslauer Schule, daß unter natürlicher Ernährung andere Verhältnisse herrschen als unter Kuhmilchernährung bei kranken Kindern. Über die Bedeutung des Lebertrans muß er nach einer großen Reihe von Versuchen sagen, daß, wenn man Kinder mit roher Milch ernährt und ihnen Lebertran zuführt, fast in allen Fällen binnen 3 bis 4 Wochen die elektrische Erregbarkeit normal wird. Finkelstein sah nur zwei refraktäre Fälle unter 60 bis 70.

Im Schlußwort sagt Pirquet, daß ihm die Ergebnisse seiner Versuche von Injektion mit Molke gegen deren Wirksamkeit zu sprechen scheinen.

Sitzung am 20. September 1906.

Vorsitzender: Finkelstein (Berlin).

Salge (Dresden) berichtet über die Herausgabe einer **Zeitschrift für Säuglingsfürsorge,** deren Projekt allgemeine Zustimmung fand.

Reinach (München) zeigt **Röntgenogramme hereditär-luetischer Knochenaffektionen.**

Schlesinger (Straßburg): **Aus der Anamnese und dem Status praesens schwach begabter Schulkinder.** An der Hand eines Beobachtungsmaterials von 138 Kindern einer Hilfsschule erörtert Vortr. die Bedeutung der nachteiligen Momente und schädigenden Faktoren, die beim Zustandekommen der Debilitas in Betracht kommen oder diese verstärken können. Es seien hier angeführt die Degenerationen der Nachkommenschaft der psychoneuropathischen, trunksüchtigen, luetischen, tuberkulösen Eltern und die beachtenswerte Stellung der Debilen in der Reihenfolge der Geburten dieser dekadenten Generation. Beachtenswert ist das soziale Milieu, das standesamtliche Verhältnis der Hilfsschüler. Aus der persönlichen Anamnese wird Nachdruck gelegt auf schwere oder langwierige Ernährungsstörungen im Säuglingsalter, aus dem Status auf die körperliche Rückständigkeit dieser Kinder im 1.—3. Jahre hinter ihren Altersgenossen. An Photographien werden Besonderheiten des Gesichtsausdruckes demonstriert. Ausgesprochene

Kretinen und Mikrocephale fehlen. Tonsillotomien brachten kaum noch irgend einer Richtung hin Erfolg. Fast pathognomonisch ist die Farbenblindheit. Eine Einteilung in eretische und torpide Debile gelingt nur bei den jüngeren Kindern; später kommen Charakterfehler, psychopathische Minderwertigkeiten zum Vorschein. Zu betonen ist schließlich die Konkurrenz ererbter und erworbener schädigender Faktoren in 88% der Fälle, wobei die letzteren qualitativ und quantitativ überwiegen.

In der Diskussion fragt Thiemich (Breslau) nach der Anzahl der epileptisch gewordenen Kinder epileptischer Mütter. Ferner betont er die ernste Beurteilung schwerer Kopfverletzungen in bezug auf die Veranlassung zu schweren Psychosen. Er teilt die Ansicht von der Bedeutung der um den Mittelwert schwankenden Kopfmaße und widerspricht der Bedeutung der verlegten Nasenatmung durch Adenoide für die Intelligenz der Kinder.

Rietschel und L. F. Meyer (Berlin): **Über Eiweißstoffwechsel bei schweren Ernährungsstörungen im Kindesalter.** Die Vortr. untersuchten das Verhalten des Glykokolls im Organismus an Enterokatarrh, bzw. schwerer Intoxikation leidender Säuglinge. Sie fanden, daß an dieser Affektion leidende Kinder auf dem Höhepunkt der Erkrankung diese Aminosäure unverbrannt zur Ausscheidung gelangen lassen. Sie orientierten sich darüber sowohl durch die Pfaundlersche Methode der indirekten Bestimmung als auch durch das von Neuberg angegebene direkte Verfahren. Sie betonen die Ähnlichkeit dieses Verhaltees mit der Tatsache, daß solche Kinder auch ihre oxydative Energie gegenüber einem Teil des Zuckers verloren haben.

In der Diskussion betont Langstein den eventuellen therapeutischen Wert der Zufuhr von Aminosäuren auf die bestehende Azidose mit Rücksicht auf neuere Untersuchungen von Eppinger. Pfaundler meint, daß diese Versuche für seine ursprünglich geäußerte Auffassung von einer Störung der oxydativen Energie in diesen Fällen sprechen. L. F. Meyer erörtert die Bedeutung der Zuckerausscheidung bei schweren Intoxikationen als regelmäßiges Vorkommen, und Finklstein definiert schließlich den Begriff der schweren Intoxikation beim Säugling, wie er ihn gefaßt hat. Rietschel stellt im Schlußwort Versuche mit anderen Aminosäuren in Aussicht.

Reyher (Berlin): **Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie.** Auf Grund poliklinischer Beobachtungen stellt der Autor die Tatsache fest, daß von den die Berliner Universitätskinderpoliklinik besuchenden Schulkindern ungefähr 12% an orthotischer Albuminurie leiden. Zieht man jedoch nur die an Skrofulose, bzw. latenter Tuberkulose leidenden Kinder in Betracht, so steigt das Prozentverhältnis bis auf ungefähr 60%. Diese Zahlen ähneln den von Martius und seinen Schülern angegebenen. Die Tatsache der Prädisposition tuberkulöser Kinder für Albuminurie ist schon von Teissier hervorgehoben worden, der eine Intoxikation als Ursache beschuldigt. Dieser Auslegung schließt sich R. nicht an, er betont schließlich, daß orthodiagraphische Untersuchungen der Herzen der an der Affektion leidenden Kinder keine Vergrößerung, sondern eher ein zu kleines Herz ergeben haben.

In der Diskussion erwähnt Langstein gleichbedeutende Untersuchungen Pfaundlers, fragt nach den Ausscheidungsverhältnissen der Eiweißkörper in den von Reyher untersuchten Fällen und erörtert die Bedeutung des Blutdrucks. Arthur Meyer (Berlin) teilt mit, daß seine Herzuntersuchungen mit denen Reyhers übereinstimmen. Reyher betont im Schlußwort, daß auch er immer den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper gefunden habe.

Siegert (Köln): **Der Nahrungsbedarf jenseits des ersten Lebensjahres.** Für den erhöhten Nahrungsbedarf des wachsenden Kindes sind rasches Wachstum, größerer Bewegungstrieb, relativ große Oberfläche maßgebend; daß aber die Eiweißzufuhr deshalb besonders groß nicht zu sein braucht, beweist die Tatsache des mit 1,5 bis 1 g per Kilo ideal wachsenden Säuglings. Das vorliegende Material bringt durchweg um etwa 100% zu große Eiweißwerte (Hasse, Herbst, Apfelmann, Heubner, Selter), da Camerers Tabelle überall ohne die von ihm in der zweiten Auflage seines Stoffwechsels des Kindes verlangte Korrektur übernommen wird. Camerers rektifizierte Zahlen sind so exakte, tatsächlich richtige, daß auch die genauesten kalorimetrischen Untersuchungen nicht viel daran ändern werden. Sie gewinnen nicht nur für den normalen Nahrungsbedarf, sondern für die Pathologie der Ernährung eine nicht zu unterschätzende Bedeutung, da sie

die letztere sogar erst durch den Vergleich mit den physiologischen Werten dem Verständnis zugänglich machen, wie sie anderseits den Widerspruch aller anderen Angaben mit den Ergebnissen der modernen Stoffwechseluntersuchungen am Menschen wie am Tier beseitigen.

Diskussion: Camerer jun. glaubt, daß die Korrektur in seines Vaters Tabelle ohne weiteres verständlich sei.

Wieland (Basel) demonstriert das **Präparat eines riesenhaft vergrößerten Vorderfußes bei einem 1 jährigen Kinde.** Die Mißbildung mußte wegen raschen, ruckweisen Wachstums durch Amputation entfernt werden. Sie bestand im wesentlichen aus gewuchertem Fettgewebe bei relativ vergrößertem Skelett. Als ursächliches Moment der völlig dunklen Erkrankung sind wahrscheinlich Störungen der embryonalen Keimanlage (Vorhandensein eines partiell überreichlichen und fehlerhaften Anlagematerials) anzunehmen. Die hereditären Verhältnisse sind bedeutungslos.

Dörnberger (München): **Beobachtungen an Ferienkolonisten.** Übersicht über Gewichts-, Längen- und Brustweitenbestimmungen bei jüdischen Knaben und Mädchen mehrere Jahre hindurch vor Besuch und nach Schluß des Ferienkolonieaufenthaltes. Nach Ansicht des Autors sind zur Beurteilung des Erfolges nicht nur Berechnungen der Mittelmaße wichtig, sondern auch Sichtung des beobachteten Materials nach Geschlecht, Alter und sozial verschiedenen Gruppen, sowie gesonderte Betrachtung der einzelnen Kinder und Vergleichung derselben untereinander. Vervollständigt würde das Urteil durch Blutuntersuchungen, Beachtung des körperlichen und geistigen Verhaltens nach Genuß des Kolonieaufenthaltes während des ganzen Jahres. Vervollständigungen müßten die Koloniebestrebungen durch organisierte Fürsorge unter dem Jahre erfahren. Bei der Auswahl sollten vor allem die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse den Ausschlag geben, weniger der Fleiß in der Schule und Würdigkeit der Eltern.

In der Diskussion betont Rauchfuß, daß es in den Ferienkolonien Petersburgs gelungen sei, mehrere elende Kinder auf die mittlere Gewichtskurve zu bringen, indem in $2^1/_2$ Sommermonaten Zunahmen von 5—7 kg erreicht wurden. Er erörtert hierauf die Bedeutung der Winterkolonien für rekonvaleszente und schwächliche Kinder.

Leo (Remscheid) macht ausführliche Mitteilungen über **Indikanausscheidung im frühen Kindesalter.**

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Dem Komitee für die **Errichtung einer Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** haben der Kaiser und die Kaiserin je 10000 Mk. gespendet.

— Für das **Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus**, das der immer größer werdenden Inanspruchnahme schon längst nicht mehr genügt, ist eine bedeutende Erweiterung seitens des Magistrats in Aussicht genommen.

Groß-Lichterfelde. Ein **Erholungsheim** für 32 erholungsbedürftige, namentlich tuberkuloseverdächtige Kinder, ist gegründet. Leitender Arzt ist Dr. Hesse, doch kann jeder Arzt, der ein Kind überweist, die Behandlung selbst übernehmen. Der Pflegesatz beträgt 2 Mk. Anmeldungen durch die Auskunft- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse.

Heidelberg. Geheimrat Prof. Dr. Fleiner ist zum Direktor der Medizinischen Poliklinik und der Kinderklinik als Nachfolger des verstorbenen Vierordt ernannt.

Graz. Fräulein Dr. med. Oktavia Rollett, die Tochter des 1903 verstorbenen Physiologen Hofrat Prof. Dr. Alex. Rollett, wurde zur Sekundärärztin an der chirurgischen Abteilung des Anna-Kinderspitals hierselbst ernannt. Sie ist die erste Sekundärärztin in Österreich.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XII. Jahrgang. Februar 1907. Nr. 2.

Inhalt.

I. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

Fortsetzung des Inhaltes.

II. Neue Bücher.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Monats-Chronik.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Februar 1907. No. 2.

I. Referate.

H. G. Anthony, Scrofula. (Illinois Med. Jour. May 1906. Verf. unterscheidet zwei Arten von Skrofulose, einfache und komplizierte. Die einfache Skrofulose umfaßt nichttuberkulöse Lymphadenitis, gewisse Augenerkrankungen, besonders Blepharitis und Conjunctivitis phlyctaenulosa; Erythema induratum, Hyperidrosis, Granulosis rubra nasi, Impetigo, Eruptionen, die Varizellen ähnlich sind, verschiedene Formen von Ekzem, und chronische Bronchitis. Die komplizierte Art besteht aus den obengenannten Erscheinungen plus tuberkulöser Lymphadenitis, subkutaner Tuberkulose (Skrofuloderma), verschiedenen Tuberkuliden usw., Verf. empfiehlt, daß die nichttuberkulöse Skrofulose mit „Chronische, pyogenische Infektion der Nase und des Rachens“ bezeichnet werde.

H. B. Sheffield.

B. Salge, Einige Bemerkungen über die Therapie der Skrofulose. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) S. hält daran fest, daß jedes skrofulöse Kind als mit Tuberkelbazillen infiziert angesehen werden muß. Dabei ist es aber durchaus nicht notwendig, daß klinisch oder auch anatomisch manifeste tuberkulöse Veränderungen nachweisbar sind. Es steht ferner fest, daß Kinder, die an skrofulösen Katarrhen usw. leiden oder gelitten haben, später sehr häufig an manifester Tuberkulose erkranken. Beides, jene Katarrhe sowie die eventuellen späteren manifesten Erscheinungen der Tuberkulose, sind der Ausdruck derselben Infektion mit tuberkulösem Virus.

Geht man hiervon aus, so wird man das skrofulöse Kind nicht nur schützen wollen gegen eine neue Infektion mit Tuberkelbazillen, sondern man wird auch versuchen, die sicher schon vorhandene Infektion zur Abheilung zu bringen. Ausgezeichnete Resultate kann man mit Seeluft erreichen, doch ist zu betonen, daß bei uns nur an der Nordsee wirkliches Seeklima herrscht. Auch junge Kinder vertragen dasselbe sehr gut, nur dürfen sie nicht sofort den ganzen Tag am Strande bleiben, sondern sie müssen ganz allmählich an das Klima gewöhnt werden. Man schicke sie zunächst gar nicht, dann nur für kurze Zeit an den Strand, erst nach 1—2 Wochen etwas länger. Junge Kinder müssen auch vor und nach der Hauptmahlzeit einige Zeit ruhen und schlafen. Kräftige, überernährte, pastöse, aber nicht sehr anämische Kinder können die nach dem offenen Meer gelegenen Kurorte aufsuchen, weniger kräftige die Orte am Wattenmeer. Blasse, zarte, magere Kinder vertragen Seekuren schlecht, sie gehören ins waldige Mittelgebirge, nicht an die See. Für die andern wären die

Kurerfolge noch bessere, wenn auch der Winter mit hinzugenommen werden könnte, wo oft der erreichte Erfolg wieder vernichtet wird, indem die ärmeren Kinder in ihren unhygienischen Wohnungen leben müssen. Es müßten also in den Seeorten auch bessere Einrichtungen für Winterkuren getroffen werden, damit letztere weit mehr durchgeführt werden könnten, als es bisher geschieht. Grätzer.

E. Abderhalden, Skrofulose oder Tuberkulose oder eine sonstige Erkrankung des lymphatischen Systems? (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 51.) A. bringt den sehr interessanten Stammbaum einer Familie, in welcher „Tuberkulose" bis jetzt noch in keiner Generation beobachtet worden ist, in der jedoch einzelne Glieder verschiedener Generationen an sogenannten skrofulösen Drüsen litten, die aber nur bei Nachkommen der weiblichen Linie auftraten, während diejenigen männlicher Linie keinen einzigen Fall aufweisen.

A. schreibt dann weiter über diese Familie:

„In allen Fällen handelt es sich um ein schubweises Auftreten der Drüsen und zwar speziell im Frühjahr. Während im Fall 1, 3 und 4 die Drüsen die einzige Manifestation der Skrofulose bzw. Tuberkulose bildeten, erkrankte Fall 2 zuerst im Alter von 13 Jahren an Pleuritis mit nachfolgender Peritonitis mit ausgesprochener Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Ein Jahr nach dem Ablauf dieser Erkrankung trat auf der linken Halsseite ganz reaktionslos eine etwa taubeneigroße Schwellung auf. Die steinharte Drüse machte keine weiteren Symptome und wurde erst beim Versuch, sie durch Anschneiden zu beseitigen, infiziert und eiterte nun etwa 9 Monate lang. Im 21. Lebensjahre trat an der gleichen Stelle vollständig reaktionslos im Frühjahr eine zweite Drüse auf. Sie erreichte etwa die Größe eines Taubeneies und verschwand ohne jede Therapie nach 2 Monaten ganz spurlos. Endlich trat im 25. Lebensjahre wiederum im Frühjahr eine Schwellung an der gleichen Halsseite auf. Als Ursache kommt vielleicht eine ca. 14 Tage vor der Beobachtung der Schwellung vorhandene Angina in Betracht. Die Schwellung war wiederum „plötzlich" da. Sie machte keine Beschwerden und war nicht druckempfindlich. Nach etwa 14 Tagen machte sich in der rechten Achselhöhle ein ganzer Kranz von etwa bohnengroßen Drüsen bemerkbar. Sie bewirkten an und für sich keine Symptome und kamen erst durch die durch sie indirekt (Druck) hervorgerufenen Neuralgien zur Beobachtung. Sowohl die Drüse am Hals, als die zahlreichen Drüschen in der Achselhöhle verschwanden nach 3 Monaten ohne jede Therapie vollständig, und seitdem sind keine Schwellungen mehr beobachtet worden. Hervorheben wollen wir noch, daß alle erkrankten Glieder der Familie sich meist einer hervorragend guten Gesundheit erfreuen und auch nicht im entferntesten einen „phthisischen" Eindruck erwecken. Es sind auch nie Symptome von seiten der Lunge nachweisbar gewesen. Eine besondere Gelegenheit zur Infektion mit Tuberkelbazillen lag auch nicht vor. Beachtenswert ist auch, daß die genannten Glieder dieser Familie zum Teil örtlich vollständig getrennt erkrankten, und daß die Ausbildung der Drüsen etwa mit dem 12. Jahre einsetzte und mit dem 20.—25. Lebensjahre zum Abschluß kam.

Hat man es hier nun mit einem besonderen Krankheitsbild zu tun? Tatsächlich gibt es noch weitere Familien, die ganz genau dasselbe Bild aufweisen. Es fehlen die Manifestationen der Tuberkulose im gewöhnlichen Sinn, auch der bekannte skrofulöse Habitus ist nicht vorhanden, einzig und allein „Drüsen" bzw. deren Narben weisen bei sonst blühendem Aussehen auf eine frühere Erkrankung des genannten Systems hin. Stellen diese Fälle vielleicht eine erfolgreiche Abwehr der unter Umständen durch die Rachenmandeln eingedrungenen Tuberkelbazillen dar? Geben sie uns vielleicht einen Hinweis auf einen ganz gewöhnlichen Infektionsmodus? Wir wollen diese Fragen

nur stellen und nicht beantworten und hoffen, daß unser Beitrag dazu anregt, ähnlichen Fällen nachzuspüren." Grätzer.

E. Deutsch, Schutz der Kinder gegen Tuberkulose. (Tuberkulosis. 1906. III.) D. hat in Paris das Funktionieren des „Oevre de préservation de l'enfance contre la tuberculose" eingehend studiert und empfiehlt die Einführung dieser Institution. Verf. glaubt nicht an die kongenitale Tuberkulose, das Kind ist ein „locus minoris resistentiae", das durch die Umgebung leicht infiziert wird. Entfernung aus dem durchseuchten Milieu rettet das Kind vor Infektion. Granchers Institution bringt gesunde Kinder tuberkulöser Eltern bei Bauern auf dem Lande unter und verrichtet auf diese Weise ein segensreiches Werk ersten Ranges.

Autoreferat Ernö Deutsch (Budapest).

H. Méry (Paris), Préservation scolaire contre la tuberculose. (Archives de med. des enfants. Juillet 1906. S. 385.) Der Verf. gibt zusammenfassend eine Anzahl prophylaktischer Maßregeln, deren Befolgung von Wichtigkeit ist, falls es sich um die Bewahrung der Schulkinder vor Tuberkulose handelt. Dieselben können eingeteilt werden in: Maßregeln von kollektiver Prophylaxis und solche, welche hauptsächlich den Zweck haben, die Entwicklung der Krankheit bei den bereits latent erkrankten oder nur prädisponierten Kindern hintanzuhalten.

1. Maßregeln für die kollektive Prophylaxis. Dieselben beziehen sich hauptsächlich auf die Hygiene der Schullokale. Dieselben sollen möglichst viel Licht erhalten, weite Höfe besitzen, eine rationelle Ventilierung haben und in den Klassen wenigstens 1,25 qm für jedes Schulkind reserviert sein. Waschbare Mauern und eine Fußbodenbekleidung ohne Fugen ermöglichen die größte Reinlichkeit, sind also vorzuziehen.

Es soll nur feucht gekehrt werden und hierzu keine Schulkinder verwendet werden. Überall müssen systematisch Spucknäpfe angebracht und das Speien auf den Boden strengstens untersagt werden. Eine allgemeine Desinfektion der Schulräume soll wenigstens einmal im Jahre vorgenommen werden; ist einer von den Schülern oder Lehrern an offener Tuberkulose erkrankt, so sollen die von ihm bewohnten Räume sorgfältig desinfiziert und mit frischer Malerei oder neuen Tapeten versehen werden.

2. Maßregeln für die individuelle Prophylaxis. Eine gewisse Anzahl von prophylaktischen Maßregeln muß gegenüber jenen Kindern ergriffen werden, die an geschlossener Tuberkulose leichterer oder schwerer Form leiden. Die ersteren können weiter in der Schule wohnen, ärztlich beaufsichtigt, eine spezielle hygienische Lebensweise, namentlich was Ernährung und respiratorische Gymnastik anbelangt, führen, doch durch physische Anstrengungen nicht übermüdet werden. Eine wirkliche Heilung derartiger Tuberkulosekandidaten kann aber nur durch einen längeren Landaufenthalt erzielt werden und namentlich durch die von Grancher warm empfohlenen Schulkolonien, tuberkuloseverdächtige Kinder sollen ihren Schulunterricht auf dem

Lande oder im Gebirge in speziell hierfür eingerichteten Schulen durchmachen. E. Toff (Braila).

A. Calmette et **C. Guérin,** Une nouvelle methode de vaccination contre la tuberculose. (Académie de sciences, Paris, séance du 12 Juin 1906.) Die Versuche der Verff. haben gezeigt, daß Tuberkelbazillen, welche durch Hitze oder verschiedene Reagenzien getötet worden sind, mit derselben Leichtigkeit durch die Darmwand treten wie lebende Bazillen und dann ebenso wie die letzteren in den Mesenterialganglien und in den Lungen gefunden werden. Hiervon ausgehend, untersuchten die Verff., ob junge Tiere (Kälber und Ziegen), welchen man in Zwischenräumen von 45 Tagen 2 Dosen von je 5 und 25 cg toter oder in verschiedener Weise in ihrer Vitalität und Virulenz veränderter Bazillen eingibt, dann ohne Nachteil 5 cg frischer Kuhtuberkulose, welche andere Tiere sicher infiziert, einnehmen können.

Es wurde auf diese Weise festgestellt, daß Bazillen der Kuhtuberkulose, die durch 5 Minuten langes Kochen oder Erwärmen auf 70°, und auf die oben erwähnte Art eingegeben, nach 4 Monaten und für einen noch nicht näher bestimmten Zeitraum in perfekter Weise die Tiere gegen Infektionen, welche vom Verdauungstraktus ausgehen, zu schützen imstande sind.

Diese Einimpfung bietet gar keine Gefahr dar und ist imstande junge Kälber gegen die Infektion mit Tuberkulose zu schützen, es bliebe also nur noch, diese Untersuchungen weiter zu verfolgen und zu vervollkommnen, um sie dann am Menschen anwenden zu können. Die Verff. sind der Ansicht, daß es möglich sein wird, junge Kinder gegen die natürliche Infektion mit Tuberkulose zu schützen, indem man ihnen wenige Tage nach der Geburt und dann einige Wochen später eine geringe Menge menschlicher oder boviner, in der erwähnten Weise veränderter Tuberkelbazillen eingibt. Man müßte nur die Vorsichtsmaßregeln ergreifen, die derart geimpften Kinder 4 Monate lang vor jeder tuberkulösen Ansteckung zu bewahren. Die Schwierigkeiten, welche sich der allgemeinen Anwendung dieser Maßregeln entgegenstellen würden, wären gering anzuschlagen im Verhältnisse zu den großen Vorteilen, welche für die Menschheit aus dem Umstande erwachsen würden, daß die zukünftige Rasse aus gegen die Tuberkulose refraktären Individuen bestehen würde. E. Toff (Braila).

J. Kathe, Das ätherische Ol im Knoblauch, ein neues, angeblich antituberkulöses Spezifikum. (Dissertation. Halle 1905.) Nach den Angaben Carazzanis sollte der Knoblauch im Tierexperiment und am Krankenbett einen günstigen Einfluß auf die Tuberkulose ausüben. Die Tierversuche wurden von K. einer Nachprüfung unterzogen, indem einer Anzahl Meerschweinchen täglich Knoblauchsaft eingeflößt wurde. Nach 3 Wochen wurden sie 2 mal einer $^3/_4$ stündigen Inhalation mit zerstäubtem tuberkulösem Auswurf ausgesetzt. Zwar erlangen die vorbehandelten Tiere ebenso wie die Kontrolltiere eine Tuberkuloseinfektion, aber bei den ersteren waren die Mesenterialdrüsen in keinem Falle ergriffen. Die beim Inhalieren stets mitverschluckten Tuberkelbazillen werden nach Ansicht K.s im

Darm durch das als lokales Antiseptikum wirkende Knoblauchöl abgetötet, und die Infektion erfolgt ausschließlich auf dem Respirationswege. In einer zweiten Versuchsreihe wurden die mit Knoblauchsaft vorbehandelten Tiere mit Tuberkelbazillenreinkultur subkutan geimpft. Hier war durchaus keine Einwirkung auf die tuberkulöse Infektion zu erkennen; alle Tiere starben an Tuberkulose. Der Knoblauchsaft bzw. das darin enthaltene Öl übt also nur im Darm eine abtötende Wirkung auf die Tuberkelbazillen aus, eine Beeinflussung der in den Lungen lokalisierten Prozesse war nicht wahrzunehmen. H. Netter.

E. Ullmann (Znaim), Über meine Erfolge mit Dr. Marmoreks Antituberkuloseserum. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 22.) U. hat einige Kinder mit Knochen- und Drüsentuberkulose mit dem Serum behandelt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Auch bei einer skrofulösen Ophthalmie hatte er einen sehr schönen Erfolg. Er appliziert das Serum rektal. Grätzer.

A. Hoffa, Über das Marmorek-Serum in der Therapie der chirurgischen Tuberkulosen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 44.) H. empfiehlt das Serum von neuem warm zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulosen. Er appliziert das Serum jetzt rektal, wodurch Nebenwirkungen vermieden und doch sehr befriedigende Resultate erzielt werden; das Serum wird stets gut behalten und resorbiert, auch von jungen Kindern.

H. führt 1. poliklinisch so behandelte Fälle (Kinder von 1 bis 10 Jahren) an, die täglich per rectum im Anfang 5 ccm, später 10 ccm 3—4 Wochen hindurch erhielten, nach 5—8 tägiger Unterbrechung eventuell eine zweite gleiche Serie. Zwei Heilungen, drei wesentliche Besserungen, vier günstige Beeinflussungen, zwei Versager. Im Cecilienheim in Hohenlychen wurden 18 Patienten so behandelt. Im ganzen ergab die rektale Serumbehandlung 18 % Heilungen, 27 % wesentliche Besserungen, 36 % günstige Einwirkungen, 18 % Versager.

Die rektale Methode wird voraussichtlich in Zukunft die vorherrschende sein. Sie ist höchst einfach und ermöglicht ohne Mühe das Serum in relativ großen Dosen ohne Schaden den Patienten einzuverleiben. Daß einige Fälle unbeeinflußt blieben, ist natürlich, da auch recht schwere, fast aussichtslose Fälle der Behandlung unterzogen wurden. Grätzer.

A. Zuber et **P. Armand-Delille,** Du rôle des Colonies de vacances dans la lutte contre la tuberculose. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1906. S. 168.) Die Ferienkolonien spielen eine bedeutende Rolle im Kampfe gegen die Tuberkulose, und zwar sowohl wenn es sich um eigene Institute handelt, in welchen die Kinder serienweise im Laufe des Sommers, auf dem Lande oder am Meeresstrande, untergebracht werden, als auch bei Anwendung der familialen Unterbringung, wo die Pfleglinge in kleinen Gruppen bei speziell hierfür ausgewählten Bauernfamilien plaziert werden. Letztere müssen mit Bezug auf Moralität, Gesundheit und Reinlichkeit tadellos sein, eine vorgeschriebene Kost verabreichen

und auch die nötige Beaufsichtigung der Kinder durchführen können. Derartige Ferienkolonien sind in größerer Anzahl in verschiedenen Teilen Frankreichs eingerichtet worden; die Resultate sind sehr zufriedenstellend, und zwar sowohl in praktischer, als auch in hygienischer und kurativer Hinsicht. Hauptsächlich sollten in derartige Kolonien jene Kinder geschickt werden, die an Tuberkulose in den ersten Graden der Krankheit leiden, während solche mit offener Tuberkulose des Respirationstraktes auszuschließen sind. Eine genaue ärztliche Kontrolle der Kinder vor ihrer Absendung in die Ferienkolonie ist also von besonderer Wichtigkeit. Auch solche Kinder müssen ausgeschlossen werden, welche anderweitig schwer krank sind, wie z. B. Albuminurische, Herzkranke, Bronchitiker usw., auf welche der Landaufenthalt nachteilig einwirken könnte. Auch die Landbewohner, bei welchen die betreffenden Kinder untergebracht werden sollen, müssen in gesundheitlicher Beziehung ärztlich kontrolliert werden.

Es ist ferner zu trachten, daß die Kinder während ihres Landaufenthaltes keinerlei physischen Überanstrengungen ausgesetzt werden, so beispielsweise sollten übermäßige Fußtouren, zu häufige Flußbäder u. ä. vermieden werden. Dies ist namentlich für tuberkulöse Kinder von Wichtigkeit, für welche körperliche Ruhe ebenso notwendig ist, wie gute Luft und reichliche Ernährung. E. Toff (Braila).

Eugen Binswanger, Über probatorische Tuberkulininjektionen bei Kindern. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 43. Heft 1—4.) Bei ca. 1000 Einzelinjektionen wurde keinerlei Schädigung der Patienten durch das Tuberkulin beobachtet. Unter 261 injizierten Kindern fanden sich 35 positiv Reagierende. Unter den überhaupt injizierten Patienten kamen 42 im Dresdener Säuglingsheim zur Obduktion. Von diesen 42 hatten intra vitam 16 positive Reaktion gezeigt, während 26 nicht reagierten. Bei der Obduktion erwiesen sich sämtliche 16 positiv reagierenden als tuberkulös, während unter den 26 während des Lebens nicht reagierenden Kindern 25 sich als tuberkulosefrei, eines dagegen als tuberkulös erwies. Dem positiven Ausfall der Tuberkulinreaktion bei Kindern innerhalb der ersten Lebensjahre ist daher ein hoher diagnostischer Wert für das Vorhandensein einer Tuberkuloseerkrankung beizumessen. Drei Fälle mit negativem Ausfalle sind erwähnenswert, weil es sich um Kinder handelt, die von hochgradig tuberkulösen Müttern geboren waren. In allen drei Fällen verstarben die Mütter wenige Wochen, bzw. nach Geburt dieser Kinder an Lungenphthise; trotz schwerer tuberkulöser Belastung können also Kinder tuberkulosefrei bleiben. Vielleicht liegt hier aber eine latente Tuberkuloseinfektion (Tuberkulo-Bazillose) vor. Der diagnostische Wert des Tuberkulins müßte sonach dahin eingeschränkt werden, daß es ungeeignet ist, tuberkulöse Infektion und somit auch eine eventuelle kongenitale Tuberkuloseinfektion bei Kindern innerhalb der beiden ersten Lebensmonate festzustellen. Verf. resumiert zum Schlusse seine Erfahrungen dahin: Probatorischen Tuberkulininjektionen beim Kinde ist ein höherer diagnostischer Wert beizumessen, als solchen beim Erwachsenen. Bei genauer Beobachtung der Kochschen Vor-

schriften sind die Injektionen beim Kinde sowohl unschädlich als in hohem Grade verläßlich. Die sogenannte Resistenz des gesunden Neugeborenen gegen das Tuberkulin, im Gegensatz zum scheinbar gesunden Erwachsenen, ist nicht eine spezifische Eigenschaft des kindlichen Organismus, sondern es ist in derselben meist nur ein Ausdruck des Tuberkulosefreiseins Neugeborener — im anatomischen Sinne — im Gegensatz zum Erwachsenen zu erblicken. Hecker.

N. Thomesco et **S. Gracoski** (Bukarest), Le séro-diagnostic tuberculeux en général et particulièrement chez les enfants. (Archives de méd. des enf. Août 1906. S. 458.) Als Kulturmedium haben die Verff. das von Proca und Vasilescu vorgeschlagene benutzt, bestehend in Kalbsserum, zu welchem 75 % Wasser hinzugefügt wurde, wodurch es die Eigenschaft, sich durch Hitze zu koagulieren, verliert. Dasselbe gibt homogene Kulturen und ist dem Serum von Arloing und Courmont vorzuziehen. Die benutzten Verdünnungen betrugen $^1/_5$, $^1/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{30}$ usw.

Die Schlüsse, zu welchen die Verff. gelangten, sind folgende:

1. Eine positive Reaktion ist fast immer das Zeichen des Bestehens irgendeiner tuberkulösen Läsion.

2. Eine negative Reaktion berechtigt aber nicht den gegenteiligen Schluß zu ziehen und die Möglichkeit des Vorhandenseins einer tuberkulösen Erkrankung vollkommen zu beseitigen. Sprechen andere Zeichen für Tuberkulose, so wäre das Fehlen der betreffenden Reaktion eher eine Folge des schlechten Allgemeinzustandes oder des vorgeschrittenen Stadiums der Läsionen.

3. Das Auftreten der Reaktion in solchen Fällen, wo klinische Zeichen für das Erkennen der Krankheit fehlen, ist von Bedeutung, da auf diese Weise die Krankheit in ihren ersten Anfängen erkannt werden kann und die Differentialdiagnose zwischen derselben und anderer mit zweifelhafter Symptomatologie gestellt werden kann.

4. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß die Reaktion um so schwächer ist, als es sich um vorgeschrittene Läsionen handelt, die Tuberkulose allgemein im Körper verbreitet ist und der allgemeine Zustand des Patienten ein schlechter ist. Sehr oft findet man in derartigen Fällen gar keine Reaktion.

5. Die Untersuchungen der Verff. wurden an kindlichen Patienten vorgenommen, waren aber sehr deutlich und scharf ausgeprägt, was mit der Ansicht einiger Autoren in Widerspruch steht.

Die Technik dieser Untersuchungen ist noch verbesserungsfähig, wodurch gewiß noch manche dunklen Punkte derselben klargestellt werden könnten. E. Toff (Braila).

F. Prinzing (Ulm), Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit unter statistischen Gesichtspunkten. (Tuberkulosis. September 1906.) P. bespricht die direkten und indirekten Beziehungen zwischen Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit in kurzen Zügen und bringt dazu einige tabellarische Zusammenstellungen. Grätzer.

Eugen Binswanger, Über die Frequenz der Tuberkulose im ersten Lebensjahre. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Unter 532 Sektionen von Kindern des ersten Lebensjahres fanden sich 36 tuberkulös erkrankt, was einer Häufigkeit der Tuberkulose von 6,8 % entspricht. Die Tuberkulosemorbidität ist, wie vielfach schon hervorgehoben, im ersten Lebensjahre am geringsten unter allen Lebensjahren. Noch steiler führt die Morbiditätskurve in die Höhe, wenn die einzelnen Perioden des ersten Lebensjahres beobachtet werden. Unter den 36 tuberkulösen Leichen war nur in drei Fällen die Todesursache nicht in dem tuberkulösen Prozeß gelegen; daraus geht wiederum die exzessiv hohe Mortalität unter den Tuberkulosekranken des frühesten Kindesalters hervor. Hecker.

Arthur Schlossmann, Über die Entstehung der Tuberkulose im frühen Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Bezüglich der Genese der Tuberkulose im frühen Kindesalter war man übereingekommen, der Luftinfektion die Hauptrolle zuzuweisen, der hereditären Übertragung den Wert einer Rarität einzuräumen, die alimentäre Entstehung dagegen mehr und mehr abzuleugnen.

In der Frage der Heredität steht die Sache nun so: nach den Untersuchungen von Schmorl und Geipel ist der Befund von Tuberkelbazillen innerhalb der mütterlichen und auch der kindlichen Plazenta doch ein ziemlich häufiger. Wenn trotzdem die kongenitale Tuberkulose sehr selten ist, so liegt das entweder an einer starken Schutzkraft des fötalen Organismus oder daran, daß der Tuberkelbazillus längere Zeit latent erhalten bleibt. Ersteres ist sicher nicht der Fall, denn niemals findet man bei der Sektion tuberkulöser Säuglinge an irgendeiner Stelle eine reaktive Veränderung der Umgebung, die man als Heilungstendenz deuten könnte; nirgends etwa einen lokalisierten tuberkulösen Herd, beginnende Abkapselung oder Verkalkung.[1])

Die zweite Möglichkeit dagegen hat viel für sich. Wir können annehmen, daß der Tuberkelbazillus intrauterin in den Säuglingskörper eindringt, dort vorläufig wirkungslos bleibt, ohne eine eigentlich tuberkulöse Veränderung herbeizuführen; also latente Infektion, nicht latente Tuberkulose.

Für dieses Latenzstadium des Tuberkelbazillus spricht, daß Verf. unter Hunderten von tuberkulinisierten Säuglingen, von denen viele tuberkulösen Eltern entstammen, niemals in den ersten Tagen und Wochen dds Lebens eine positive Tuberkulinreaktion erhalten hat; auch dann nicht, wenn die Mutter fraglos tuberkulös war. Hätten diese tuberkulinisierten Kinder wirklich eine tuberkulöse Veränderung an sich gehabt, so wäre es zweifellos zu einer Reaktion gekommen; denn diese tritt auf, auch wenn nur minimalste tuberkulöse Affektionen vorhanden sind. S. erwähnt dann einen Fall, wo ein Kind sofort nach der Geburt von der tuberkulösen Mutter entfernt wurde, und

---

[1]) Dem widerspricht allerdings der vom Ref. gemachte Befund eines völlig abgekapselten tuberkulösen Herdes in der Lunge eines Neugeborenen, vergl. Hecker und Trumpp, Atlas und Grundriß der Kinderheilkunde, Tafel XV.

wo die Tuberkulinprobe gleich, dann wieder nach 3 Monaten und nach 6 Monaten negativ ausfiel; wo aber doch am Ende des ersten Lebensjahres positive Tuberkulinreaktion auftrat und eine Tuberkulose zum Ausbruch kam, ohne daß es trotz emsigster Nachforschung möglich war, eine Infektionsquelle nachzuweisen. Auch die paternelle Übertragung muß in Betracht gezogen werden.

Indessen bleibt für die große Mehrzahl doch die extrauterine Infektion als unzweifelhafte Ursache der Krankheit bestehen.

Die Lehre von der aërogenen Infektion wurde durch v. Behring unvermutet angegriffen, welcher behauptete, daß die Tuberkulose im Säuglingsalter eine alimentär erworbene sei, ja daß sogar die Lungenschwindsucht der Erwachsenen schließlich nichts anderes als das Ende vom Liede bedeute, welches einem Schwindsuchtskanditaten an der Wiege gesungen worden sei. S. präzisiert nun den vielfach mißverstandenen Standpunkt v. Behrings, dahin, daß dieser von einer alimentären Infektion gesprochen, aber durchaus nicht gesagt habe, daß die Kuhmilch Träger der Infektionserreger oder Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung sei. Unbestreitbar werden aber auch alle Tuberkelbazillen, die sich von der tuberkulösen Umgebung oder von infizierten Gegenständen her auf der Zunge, den Lippen, in der Mundhöhle usw. des Säuglings absetzen, doch schließlich von der Milchnahrung aufgenommen und in den Magen und Darm hinuntergespült. In erster Linie ist es der kranke Mensch, von dem die Gefahr der Infektion droht. Die alimentäre Infektion muß nun durchaus nicht zu einer primären Tuberkulose des Säuglingstraktus führen, ebensowenig wie die primäre Ansiedlung der Tuberkulose in den Lungen- oder Bronchialdrüsen gegen eine Infektion von Magen- und Darmkanal aus spricht und aërogenen Ursprungs sein muß. S. glaubt nicht an die Inhalation als Ursache der Kindertuberkulose; denn bei allen bisher veröffentlichten Versuchen war stets die Möglichkeit der Verschluckung von Bazillen gegeben. S. hat in großen Präparatenserien niemals eine primäre Tuberkulose des Larynx oder der großen Bronchien, niemals einen einzigen Tuberkelbazillus in den Alveolarräumen entdeckt. Der Weg, den die Tuberkelbazillen vom Darm aus nehmen, entspricht der Richtung des Saftstromes durch die Darmwandung nach dem Blut- und Lymphstrom; möglicherweise sind sie an Fetttröpfchen gekettet. Die Mesenterialdrüsen können, aber müssen nicht infiziert werden. Durch den Ductus thoracicus kommen die Bazillen in das rechte Herz und von da in die Lunge. In dem breiten Flußbett der Lungenkapillaren ist Gelegenheit zur Ansiedlung gegeben; bei geringerer Menge gelangen die Bazillen durch die Lungenlymphkapillaren zu den Bronchialdrüsen. Bemerkenswert ist jedenfalls die Tatsache, daß stets, wenn Tuberkelbazillen in den Lymph- oder venösen Blutkreislauf eingeführt werden, es stets zu einer primären Ansiedlung in Lunge und Bronchialdrüsen kommt, auch wenn die Aufnahme enteral erfolgt war. Hecker.

Schlossmann u. **St. Engel,** Zur Frage der Entstehung der Lungentuberkulose. (Aus dem Dresdner Säuglingsheim.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) Auf Grund ihrer Beobachtungen

und Experimente nehmen die Verff. für das frühe Kindesalter die Eingangspforte für die Tuberkulose ausschließlich im Verdauungsschlauche an. Der Weg, den die Bazillen zurücklegen, ist derselbe, der für die Nahrungsstoffe präformiert ist; vom Darm aus werden sie genau wie Fetttröpfchen resorbiert; sie passieren wie diese oder mit diesen die unversehrte Darmwandung und ebenso die mesenterialen Lymphdrüsen, kommen so in den Lymphstrom, durch den Ductus thoracicus ins rechte Herz und von hier aus in die Lungen. Trotz enterogener Infektion ist also die Lunge die erste und eventuell auch einzige Ablagerungsstätte der Bakterien. Daß Mikroorganismen und insbesondere Tuberkelbazillen die unverletzte Darmwand passieren können, unterliegt heute keinem Zweifel mehr. Haben aber die Bazillen einmal die Darmwand hinter sich, so finden sie in den regionären Drüsen zur Zeit der Verdauung kein Hindernis. Experimente zeigten, daß die Entstehung von Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose auf dem Wege vom Darm aus möglich und wahrscheinlich sei. Der Einwand, daß bei einer Verfütterung von Bazillen doch diese dabei in die Lungen „inhaliert“ werden können, ist hinfällig; auch junge Tiere verschlucken sich fast nie. Auch unterscheidet sich eine durch Aspiration erfolgte Infektion der Lungen anatomisch ganz wesentlich von der, die man nach Verfütterung von Bazillen an Tieren oder spontan entstanden beim jungen Kinde sieht. Doch noch ein Einwand mußte entkräftigt werden; nämlich der, daß es bei der Verfütterung von der Mundhöhle oder dem Pharynx aus zu einer Einwanderung in die regionären Lymphdrüsen und von hier per continuitatem zur Infektion der Bronchialdrüsen und Lungen komme. Die Verff. konnten auch dies durch Experimente an Meerschweinchen entkräftigen; es wurde hierbei eine aërogene Infektion sicher zu vermeiden gesucht. Wenige Stunden, nachdem man den Tieren unter entsprechenden Kautelen Tuberkelbazillen in den Magen gebracht, fand man sie bereits in der Lunge. Lungentuberkulose kann also zweifellos durch intestinale Infektion mit Tuberkelbazillen herbeigeführt werden, und es ist höchstwahrscheinlich, daß dies der einzige Weg ist.

Es steht heute bereits fest, daß die große Mehrzahl der überhaupt im Kindesalter sterbenden Individuen schon tuberkulös ist; von den zugrunde gehenden Säuglingen sogar erweisen sich 3,2 % (unter 3 Monaten), 8,4 % (4—6 Monaten), 16,8 % (7—12 Monate) als tuberkulös. In der Mehrzahl der Fälle fällt eben die Infektion mit Tuberkelbazillen in das frühe Kindesalter, die Manifestation der Tuberkulose allerdings häufig in ein späteres Lebensalter. Die Tuberkulose kann somit direkt als Kinderkrankheit bezeichnet werden. Man hat deshalb auch die Prophylaxe der Tuberkulose in die früheste Jugend zu verlegen und mehr wie bisher auf die Verhütung der Krankheit in der Kindheit zu achten. Ebenso wird für die therapeutische Bekämpfung der Tuberkulose die Jugendzeit die bedeutungsvollste sein.

Grätzer.

J. Comby (Paris), Etiologie de la tuberculose infantile. (La presse médicale. 1906. Nr. 94.) Entgegen den Annahmen, die gestützt auf Laboratoriumsversuche fast ausschließlich einen alimen-

tären Ursprung für die kindliche Tuberkulose annehmen und diesbezüglich hauptsächlich die tuberkulösen Kühe beschuldigen, hebt C. die Gefahr der menschlichen Kontagion hervor, welche sich namentlich als familiale Kontagion äußert und eine große Anzahl von tuberkulösen Infektionen verursacht.

Die Beobachtungen der täglichen Praxis lehren, daß Kinder nur dann tuberkulös werden, wenn sie mit Tuberkulösen zusammen wohnen, hingegen aber von der Krankheit verschont bleiben, falls man sie auf dem Lande in einer gesunden Familie unterbringt, ganz gleichgültig, ob die Kühe, von denen sie die Milch erhalten, tuberkulös sind oder nicht.

Ein weiterer Beweis, daß die tuberkulöse Infektion durch die Milch nicht jene Bedeutung hat, welche man ihr beimessen wollte, folgt auch daraus, daß in den großen Städten, wo sterilisierte Milch in großem Maßstabe benützt wird, die Anzahl der tuberkulösen Kinder nicht abgenommen, sondern eher zugenommen hat.

Ferner ist noch zu beachten, daß kleine Kinder, trotzdem sie meist mit Milch ernährt werden, doch nur einen kleinen Prozentsatz zur Tuberkulosenstatistik liefern, während derselbe um so größer wird, je weiter das betreffende Kind im Alter fortschreitet, je mehr es also in Kontakt mit tuberkulös Erkrankten kommt.

Die Prophylaxis der kindlichen Tuberkulose muß sich also in erster Linie nicht mit den Kühen beschäftigen, die wenig gefährlich sind, sondern mit der Prophylaxis der menschlichen Tuberkulose, also mit den Phthisikern, welche die Kinder aus ihrer Umgebung infizieren.

E. Toff (Braila).

F. F. Friedmann (Berlin), Experimentelle Beiträge zur Frage kongenitaler Tuberkelbazillenübertragung und kongenitaler Tuberkulose. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 1.) F. experimentierte an Kaninchen und Meerschweinchen mit Menschen- und Rindertuberkelbazillen, um alle nur möglichen Wege und Folgen des Übertretens der Tuberkelbazillen von dem Elterntier auf den Embryo zu studieren. Zu dem Zwecke spritzte er die Bazillen in die Vasa deferentia und Hoden vor der Begattung, in die Vagina nach derselben, ferner je bei Böcken und Weibchen in die Lunge, die Bauchhöhle und unter die Haut, bald vor, bald nach der Begattung. Gewöhnlich nach 7 Tagen wurden die Weibchen getötet und die Embryonen teils an Serien auf Bazillen untersucht, teils großgezogen, teils zerrieben und weiterverimpft. Auf die sechs Versuchsreihen im einzelnen einzugehen, würde im Referat zu weit führen. Im großen und ganzen ergibt sich, daß eine germinale Übertragbarkeit sicher nachgewiesen wurde, daß die Keimzellen, ohne vernichtet zu werden, Träger der Bazillen sein können, daß der sich entwickelnde Embryo die Fähigkeit besitzt, die in ihm eingedrungenen Bazillen zu vernichten und zum gesunden Tiere auszuwachsen. Recht interessante Nebenbefunde ergeben sich aus den einzelnen Sektionsprotokollen der Elterntiere. Die in die Hoden und Nebenhoden eingespritzten Tuberkelbazillen führen keineswegs regelmäßig zu einer Allgemeininfektion, vielmehr kann die oft hochgradige Tuberkulose ganz auf die infizierten

Organe beschränkt bleiben. Bei einem hochträchtigen, intraperitoneal infizierten Meerschweinchen verlief die Tuberkulose äußerst rapide; der Tod trat innerhalb 13 Tagen ein. In den meisten Organen fanden sich überaus reichliche Mengen von Bazillen, doch war es nur ganz vereinzelt zur Entwicklung tuberkulöser Gewebsveränderungen gekommen. F. macht auf das analoge Verhalten der schwangeren Frau aufmerksam.

Stets betont F., daß er mit Menschen- und Rindertuberkelbazillen an Kaninchen und Meerschweinchen experimentierte, daß also manche negative Versuchsergebnisse möglicherweise auf eine größere Widerstandsfähigkeit seiner Versuchstiere gegenüber dem Bazillenmaterial zu beziehen seien. Den Schluß der Arbeit bildet die Mitteilung, daß F. in sechs Paar Hoden und Nebenhoden, die von Lungenphthisikern stammten und an zahlreichen Serienschnitten untersucht wurden, nur in einem Falle zwei Bazillen finden konnte. Er schließt daraus, daß auch beim Menschen eine germinale Infektion möglich ist, wenn sie auch an Bedeutung gegenüber den anderen Infektionswegen stark zurücktritt.

Bennecke (Jena).

H. Beitzke, Über den Weg der Tuberkelbazillen von der Mund- und Rachenhöhle zu den Lungen, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse beim Kinde. (Virchows Archiv. Bd. 184. Heft 1.) Auf Grund eingehender Untersuchungen an Leichenmaterial und experimenteller Prüfung kommt B. unter kritischer Berücksichtigung der Literatur zu folgenden Schlüssen:

1. Es existieren keine zuführenden Lymphgefäße von der Kette der zervikalen Lymphdrüsen zu den bronchialen Drüsen.
2. Für eine tuberkulöse Infektion der Lungen von den Halsdrüsen aus kommt nur der Weg durch die Trunci lymphatici und die obere Hohlvene in Betracht.
3. Dieser Infektionsweg ist aber — wenigstens beim Kinde — praktisch ohne wesentliche Bedeutung. Die Infektion der Lungen bzw. Bronchialdrüsen kommt beim Kinde vielmehr in der Regel durch Aspiration von Tuberkelbazillen in den Bronchialbaum zustande; eine absteigende Zervikaldrüsentuberkulose geht manchmal unabhängig davon nebenher.
4. Die aspirierten Bazillen können in der Atemluft enthalten sein, sie können aber auch aus dem Munde stammen, in den sie mit infizierter Nahrung oder durch Kontakt (Schmutzinfektion) gelangt sind.

Ausführliche Literatur am Schluß der Arbeit.

Bennecke (Jena).

A. W. Bruck, Beitrag zur Tuberkulose des Säuglingsalters. (Aus dem städt. Kinderhospital in Köln.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.) Es handelte sich um das Kind einer früher tuberkulösen Mutter, die geheilt war und jedenfalls zur Zeit der Geburt und des Stillens keinerlei klinisch festzustellende Zeichen eines neuen Herdes darbot. Dieses Kind gedieh prächtig an der Mutterbrust und konnte sowohl seinem Anwuchs und Wohlbefinden als auch seinen statischen Funktionen nach ein Idealkind genannt werden.

Trotzdem eine schon früh bestehende Bronchitis und Rhinitis nach dem Sektionsbefund als tuberkulös festgestellt wurde und eine anfangs für eine einfache Exostose angesprochene Geschwulst am Hinterkopf pathologisch-anatomisch als Metastase erkannt wurde, ist das Fehlen jeder Ernährungsstörung und der fieberlose Verlauf während der vier ersten Monate bemerkenswert. Auch das Abstillen vertrug das Kind gut. 5 Tage war Patient dann der Anstalt fern. Er war in einer ungesunden, ungünstigen Umgebung, wurde auch unzweckmäßig ernährt und kehrte dann gänzlich verändert in die Klinik zurück. Beträchtliches Fieber oder Störungen des Allgemeinbefindens höheren Grades zeigte das Kind jedoch auch jetzt nicht. An eine ausgebreitete Tuberkulose war nach dem klinischen Befinden absolut nicht zu denken. Erst $2^1/_2$ Wochen vor dem Tode entwickelte sich das Bild der tuberkulösen Meningitis, der Patient erliegt.

In dem Falle ist an eine kongenitale Übertragung durch die Mutter nach dem klinischen Bilde und Sektionsbefunde nicht zu denken. Überhaupt ist eine solche Art der Infektion äußerst selten. Eine Fütterungstuberkulose ist ebenfalls nicht anzunehmen, da die mesenterialen Drüsen im wesentlichen intakt waren und nur einzelne frische Herde zeigten. Auch ist ein anderes Kind, welches die Mutter zugleich mitstillte, gut gedieben, und die jetzt bei diesem angestellte Tuberkulininjektion (0,001 Tuberkulin alt) ist reaktionslos verlaufen. Dagegen waren die Bronchialdrüsen in toto verkäst und zum Teil bis walnußgroß. Die Herde waren zum Teil alt. Es ist also nach dem anatomischen Bilde die Bronchialdrüsentuberkulose zweifellos das Primäre gewesen. Durch den engen Kontakt, welchen das Kind mit der Mutter naturgemäß hatte, ist offenhar die Infektion erfolgt, wenngleich, wie schon erwähnt, bei der Mutter zurzeit keine feststellbare offene Tuberkulose besteht.

Es handelte sich also entweder um eine kurz nach der Geburt, wahrscheinlich gelegentlich der Rhinitis bei dem disponierten Individuum erfolgte Infektion, die, solange das Kind an der Mutterbrust war, keinerlei Ausbreitung annahm und sich im Augenblick des Eintritts ungünstiger Verhältnisse rapid ausbreitete. Oder die Infektion erfolgte bei dem belasteten Kinde überhaupt erst infolge der durch das Abstillen und die ungünstigen äußeren Verhältnisse hervorgerufenen Veränderung. Grätzer.

A. Calmette et **M. Breton** (Lille), Danger de l'ingestion de bacilles tuberculeux tués par la chaleur. (La presse médicale. 1906. Nr. 15. S. 115.) Die Verff. sind auf Grund ihrer Versuche zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Bei Meerschweinchen, welche durch Verfütterung oder auf intraperitonealem Wege tuberkulös infiziert wurden, wird das letale Ende durch Eingeben kleiner Mengen von durch Kochen getöteter Tuberkelbazillen außerordentlich beschleunigt, ähnlich wie dies nach wiederholten Injektionen von Tuberkulin der Fall wäre. 2. Gesunde Meerschweinchen zeigen nach Einnahme wiederholter, kleiner Dosen sterilisierter Tuberkelbazillen ähnliche Veränderungen wie sie nach Einnahme von kleinen Tuberkulindosen bei gesunden Tieren beobachtet werden. Ähnliche Untersuchungen

werden auch für Bovideen und Ziegen durchgeführt, doch glauben die Verff. bereits jetzt aus ihren Versuchen den Schluß ziehen zu dürfen, daß die Ingestion tuberkulöser Produkte, selbst wenn dieselben durch die Hitze sterilisiert worden sind, keineswegs gleichgültig sind. Man müßte also die Ernährung Tuberkulöser mit der Milch perlsüchtiger Kühe, als gefährlich, vollkommen beseitigen, selbst wenn dieselbe sterilisiert worden ist, da sie hierdurch ihre Gefährlichkeit keineswegs gänzlich eingebüßt hat. Aber derartige Milch ist auch für gesunde Personen nicht gleichgültig, so daß es von besonderer Wichtigkeit wäre, die Kuhställe einer periodischen, tierärztlichen Kontrolle zu unterziehen und alle Kühe der Tuberkulinprobe zu unterwerfen.

E. Toff (Braila).

L. Lortat-Jacob et **G. Vitry** (Paris), Lésions nerveuses et tuberculose cavitaire chez le nourrisson. (La presse médicale. 1906. Nr. 4.) Das Auffinden einer erbsengroßen tuberkulösen Kaverne bei einem unter athreptischen Symptomen verstorbenen 3monatigen Kinde, während gleichzeitig eine Kompression des gleichseitigen Vagus durch eine peribronchiale tuberkulöse Lymphdrüse bestand, bringt die Verff. wieder zur Erörterung der Frage des nervösen Einflusses auf die Bildung tuberkulöser Affektionen der Lunge bei Kindern. Nach den vorhandenen Erfahrungen und gemachten Experimenten scheint ein solcher Einfluß ohne Zweifel zu bestehen. So konnten die Verff. in Verbindung mit Sabareanu nachweisen, daß die Kauterisierung des Rekurrens der einen Seite mittels Glüheisens beim Kaninchen binnen weniger Monate zur Entwicklung einer tuberkulösen Bronchopneumonie derselben Seite führt. Meunier ist zu analogen Schlüssen gelangt, indem er den Vagus der einen Seite beim Kaninchen durchschnitt und in die Peritonealhöhle desselben Kulturen von menschlichen Tuberkelbazillen injizierte. Es zeigte sich, daß es meist die entnervte Lunge war, welche die wichtigsten tuberkulösen Symptome darbot.

E. Toff (Braila).

Johannes Kasten, Zur Lehre der Hämoptoë im Säuglingsalter. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1906. Bd. 5. Heft 4.) In anbetracht der großen Seltenheit der Hämoptoë als Todesursache im Säuglingsalter — Verf. vermochte nur noch vier Fälle aus der Literatur herbeizubringen — sei diese Beobachtung K.s aus der Rostocker Kinderklinik in ihren Hauptzügen wiedergegeben: Ein in einer hinsichtlich Sauberkeit und Ordnung nicht einwandfreien Pflegestelle untergebrachtes Kostkind erkrankt mit 7 Monaten an Husten und Verdauungsstörungen ohne nachweisbare Organveränderungen. Einige Wochen später stellt sich spontan eine eitrige Mittelohrentzündung ein und führt zu einer Karies des Warzenfortsatzes; gleichzeitig gelingt es, eine tuberkulöse Infiltration des rechten Oberlappens nachzuweisen — der bakteriologische Befund des Rachenschleims bestätigte den tuberkulösen Charakter einwandfrei — und ein tuberkulöses Geschwür an der Zungenspitze zu beobachten. 10 Wochen nach Beginn der ersten Krankheitserscheinungen erfolgt unter rapidem Verfall ganz plötzlich und unerwartet der Tod des Kindes durch einen Blutsturz. Man fand das Kind, das kurz vorher

noch seine Flasche mit leidlichem Appetit getrunken hatte, blutüberströmt im Bettchen liegend vor. Richter hatte im Befinden des Kindes auf diesen Ausgang hingewiesen. Die Sektion ergibt als Todesursache: Ruptur eines kleinen Gefäßes im Bereich des tuberkulös-kavernösen rechten Oberlappens und unter anderem totale Verkäsung der Bronchialdrüsen mit Durchbruch derselben in die Bronchien, tuberkulöse Geschwüre des Rachens, der Zunge und des Darms, und endlich tuberkulöse Herde in den Hals- und Mesenterialdrüsen. Die Betrachtung des K.schen Falles und der anderen vier von ihm mitgeteilten Beobachtungen von Blutsturz im Säuglingsalter ergibt, daß die Biedert-Fischlsche Angabe, die jüngsten der an Hämoptoë verstorbenen Kinder hätten im zweiten Lebensjahr gestanden, der Berichtigung bedarf. Das Alter der fünf Fälle schwankte zwischen 12 Wochen und 10 Monaten, das allerjüngste, dessen ausführliche Krankengeschichte von Hinz (Dissertation Leipzig 1903) mitgeteilt wird, stand sogar erst im dritten Lebensmonat. In einem Hohlfeldschen Falle (Monatsschr. f. Kinderh. 1903) war die Blutung nicht tödlich gewesen. Das Kind lebte nach der Blutung noch 45 Tage. Daß die starken Lungenblutungen im frühen Kindesalter der vorgeschrittenen Lungenphthise angehören und meist den Tod herbeiführen, lehren die von K. mitgeteilten Fälle aufs neue. Bei allen fünf Fällen waren tuberkulöse Lungenkavernen vorhanden, deren Diagnose im Hohlfeldschen und K.schen Falle schon intra vitam gestellt worden war, während in den drei anderen die Kavernen erst bei der Sektion entdeckt worden waren.

H. Netter.

Grancher (Paris), La tuberculose ganglio-pulmonaire dans l'école parisienne. (Académie de médecine. 6. Novembre 1906.) G. hat in Verbindung mit mehreren seiner Schüler 4226 Kinder aus den Pariser Volksschulen untersucht und hiervon 15 % als tuberkulosekrank erkannt. Die Untersuchung wurde in klassischer Weise durch Inspektion, Palpation, Auskultation und Perkussion durchgeführt und auf diese Weise drei Krankheitsetappen nachgewiesen: in der ersten findet man eine leichte Veränderung der Inspiration, meist rechts; in der zweiten gesellt sich noch etwas Bronchophonie hinzu; endlich in der dritten findet man auch leicht gedämpften Perkussionsschall (Submatität). Offene Tuberkulose wurde nur bei drei Kindern gefunden. Der Verf. ist auf Grund dieser Untersuchungen zur Überzeugung gelangt, daß eine wirkliche Prophylaxis und Behandlung der Tuberkulose nur im Kindesalter mit Aussicht auf Erfolg durchführbar wäre. Hierzu ist es vor allem notwendig, die Krankheit in ihren ersten Anfängen, während der erwähnten drei Etappen, ausfindig zu machen, bevor die erste klassische Krankheitsperiode in Erscheinung tritt. Ist dies geschehen, so soll man auf die Behandlung in der Schule selbst keine allzu großen Hoffnungen bauen, da die Versuche des Verf.s, welche mit 103 Kindern vorgenommen wurden, in einem Frühstück in der Schule und in Verabreichung von Fleischpulver und Lebertran bestanden, von keinem sonderlichen praktischen Erfolge gefolgt waren. Um einen solchen zu erreichen und hauptsächlich um dem Ausbruche manifester Tuberkulose in späterem Alter entgegen-

zuarbeiten, sollen die tuberkuloseverdächtigen Kinder entweder auf dem Lande in einzelnen Familien untergebracht werden — wobei dieselben unter stetiger ärztlicher Kontrolle stehen müssen — oder, was vorzuziehen ist, es sollen spezielle Sanatorienschulen errichtet werden, die sowohl, was Isolierung bei eventuell auftretender offener Tuberkulose, als auch was ärztliche Beaufsichtigung, Regelung der Arbeit und Ernährung anbelangt, die besten Resultate ergeben werden. Solche Institute, die man als Freiluftschulen bezeichnen könnte, erscheinen als am geeignetsten zur Internierung bazillentragender Kinder.

E. Toff (Braila).

G. Mouriquand, Recherches sur le diagnostic de la bronchopneumonie tuberculeuse infantile. (Thèse de Lyon. 1906.) Obwohl das Laboratorium ein wichtiger diagnostischer Behelf bei tuberkulöser Bronchopneumonie ist, so soll doch nicht vergessen werden, daß die stethoskopische Untersuchung und sonstige klinische Zeichen genügen, um in den meisten Fällen die Diagnose zu sichern. Von Wichtigkeit ist die Feinheit der Rasselgeräusche, bei Fehlen großblasiger Rasselgeräusche, die Fixheit des Herdes mit hauptsächlicher Lokalisation an der Lungenbasis. Die Temperatur zeigt die Charaktere des tuberkulösen Fiebers, namentlich in der zweiten Kindheit, während bei jüngeren Patienten eine ausgesprochene Neigung zur Apyrexie besteht.

Weitere diagnostische Hilfssymptome sind die Mikropolyadenie, das Auftreten subkutaner, tuberkulöser Gummen, namentlich am Gesäß, und die Veränderungen der Leber und der Milz, während Albuminurie seltener zur Beobachtung gelangt.

Bei den Nekropsien zeigt es sich, daß der tuberkulösen Bronchopneumonie eine solche einfacher Natur vorangegangen war. In allen Fällen findet man die tracheo-bronchialen Lymphdrüsen verkäst und in einigen Fällen kann man direkt nachweisen, daß die Infektion der Lungen durch Kontiguität von einer verkästen und in dieselbe durchgebrochenen verkästen Drüse ausgegangen ist. Hingegen findet man viel seltener eine makroskopische Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen (unter den untersuchten 19 Fällen nur 4 mal).

E. Toff (Braila).

O. Reunert, Erstickungstod durch eine sequestrierte Bronchialdrüse. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.) Die Beobachtung betrifft ein $2\frac{1}{2}$ jähriges, anscheinend in völliger Gesundheit plötzlich verstorbenes Kind.

Das Kind ist im allgemeinen bisher gesund gewesen. Als die Mutter es eines Tages, nachdem es den Tag über gespielt und mit Appetit gegessen hatte, zu Bett gebracht hatte und gerade das Zimmer verlassen wollte, richtete sich das Kind etwas auf, fiel dann zurück und war sofort tot.

Bei der Sektion fand sich in der Trachea dicht unterhalb des Ringknorpels eine das Volumen derselben völlig ausfüllende, weiche, käsige Masse, im rechten Hauptbronchus nahe der Bifurkation eine Perforationsöffnung, durch die man in eine mit verkästen Bronchialdrüsen angefüllte Höhle gelangte. Linke Lunge gesund, die rechte mit besonderer Bevorzugung des Mittel- und Unterlappens tuberkulös erkrankt.

Diese Beschränkung der Erkrankung auf die rechte Lunge, welche weit weniger vorgeschritten war, als die der Bronchialdrüsen, gestattet

den Schluß, daß die Perforation des Bronchus bereits längere Zeit bestanden hat, und daß kleine Käsepartikelchen, welche hierdurch aspiriert sind, die sekundäre Lungenaffektion herbeiführten. Ein größeres sequestriertes Drüsenstück, das in die Luftröhre gelangte, hat von dem Kinde nicht mehr genügend nach oben befördert werden können und durch kompletten Verschluß der Luftröhre den Tod herbeigeführt.

Derartige Fälle haben sowohl ein praktisches als auch ein gerichtsärztliches Interesse. Besteht der Verdacht, daß den Suffokationserscheinungen der geschilderte Vorgang zugrunde liegt, so kann man versuchen, das Hindernis durch Einführung eines elastischen Katheters zu beseitigen. Dann muß man bei plötzlichen Todesfällen auch stets an diesen Vorgang denken, und die Sektion wird bisweilen (wie bei einer Beobachtung von Völcker, wo zunächst der Verdacht vorlag, daß ein plötzlich gestorbenes Kind gewaltsam getötet worden sei) diese Vermutung bestätigen. Grätzer.

J. Graham Forbes, Tuberkulose der Tonsillen und Lymphdrüsen, zusammen mit kongenitaler Bronchiektasie, Cirrhose der Leber und des Pankreas. (Lancet II. 9. Dez. 1905.) Über diesen interessanten Befund berichtete F. in der Londoner pathologischen Gesellschaft. 10 Tage vor der Aufnahme in das Hospital waren bei dem 2 Jahre 2 Monate alten Kinde Hals und Leib angeschwollen. Bei der Aufnahme bestand eine starke Vergrößerung der cervicalen, postauricularen, axillaren und inguinalen Lymphdrüsen. Es waren ferner die Tonsillen vergrößert und geschwürig. An Herz und Lungen nichts Krankhaftes nachweisbar; die Leber reichte bis an den Nabel, die Milz war ebenfalls vergrößert. Blutbefund: Geringe Anämie und polymorpho-nukleäre Leukocytosis. Das Kind hatte Rachitis geringen Grades, keine Anzeichen von Syphilis, auch bei den Eltern keine Anhaltspunkte dafür. In den abgetragenen Tonsillen fanden sich typische Tuberkel. Unregelmäßiges Fieber. Es stellten sich Erbrechen und Diarrhoe ein. Während die Lymphdrüsen sich wieder verkleinerten, blieb der Leib gleich. Nach 6 Wochen trat Exitus ein. Autopsie: Tuberkulose der cervicalen, medestinalen, bronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen, kongenitale Bronchiektasie in beiden Lungen, wie Honigscheiben. Die Leber, stark vergrößert, wog über 1020 g, von glatter Oberfläche, die Kapsel verdickt, grünlichweiß, auf dem Durchschnitt stark fibrös, im Pankreas ähnliche cirrhotische Veränderungen in Leber, Lungen, Pankreas keine Spur von Tuberkulose, die somit ganz auf die Lymphdrüsen beschränkt war. H. Netter.

E. Bachmann, Zur Kasuistik des Chylothorax. (Aus der Mediz. Klinik in Zürich.) (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 44.) Der Fall betraf ein 14 jähriges Mädchen und zeichnete sich dadurch besonders aus, daß auf der Grundlage einer generalisierten Tuberkulose ein chylöser Erguß in die rechte Pleurahöhle und ein chyliformer Erguß in die Bauchhöhle stattgefunden hatte. Grätzer.

E. Braendle, Über die Tuberkulose der Brustdrüse und die Dauerresultate ihrer operativen Behandlung. (Beitr. z.

klin. Chir. 50, 1.) 11 neue Fälle aus der Tübinger Klinik. Sie betreffen meist das höhere Alter. Ther.: Ablatio mammae und der zugehörigen Achseldrüsen. Nach 8—14 Tagen Heilung. Nur einmal war ein Rezidiv zu verzeichnen, das jedoch von einem Knochenherd ausging.

Ewald (Heidelberg).

Fischer-Defoy, Ausgedehnte Magentuberkulose. (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat. Nr. 1. Bd. 17.) Der einen 23jährigen Mann betreffende Fall interessiert dadurch, daß sich im Magen ca. 12 flachere und tiefere, bis an die Serosa reichende tuberkulöse Geschwüre fanden, die ihrem ganzen Verhalten nach älter sind, als die sonst im Darme vorhandenen tuberkulösen Geschwüre und die tuberkulösen Veränderungen in den Lungen. Die Art und Weise der Infektion ließ sich nicht feststellen.

Bennecke (Marburg).

Zumsteeg, Über die primäre Diaphysentuberkulose langer Röhrenknochen. (Beitr. z. klin. Chir. 50, 2.) Bericht über 8 Fälle, die während der letzten 7 Jahre unter 987 (!) Fällen von Knochen- und Gelenktuberkulose in der Tübinger Klinik zur Beobachtung kamen. Die Behandlung bestand in breiter Freilegung der Knochenherde, Entfernung der Granulationen und der Sequester.

Ewald (Heidelberg).

Robert Dupont (Paris), Tuberkulose sacro-iléo-vertébrale. Abscès ouvert dans le rectum. (Hôpital des enfants malades, service du Dr. Broca.) (Revue mens. des malad. de l'enf. Juin 1906.) Der betreffende 8jährige Kranke hatte vor etwa einem Jahre an einem tukerkulösen Tumor des linke Handgelenkes gelitten, welcher in Heilung übergegangen war. Die jetzige Krankheit begann mit Schmerzen in den Hüften und Hinken, so daß man an eine Koxalgie dachte. Dann entwickelten sich Kontrakturen beider Beine im Hüftgelenke, derart, daß jede Bewegung sehr schmerzhaft empfunden wurde. Auch Druck auf die Lendenwirbelsäule war schmerzhaft, doch war keine Difformität zu bemerken. Nach einigen Wochen traten profuse eitrige Stühle auf Fieber, dann eine starke Vorwölbung in der Lendengegend, die eröffnet wurde und eine große Eitermenge entleerte. Der Zustand war vorübergehend besser, endlich trat Exitus ein. Die Nekropsie ergab viele interessante Einzelheiten, von welchen hauptsächlich die konstatierte Perforierung des tuberkulösen Lendenwirbel- und Sakralabszesses in das Rektum hervorgehoben werden soll. Es ist dies ein seltenes Vorkommnis, über welches nur wenig in der Literatur zu finden ist. Nichtsdestoweniger handelt es sich um eine sehr ernste Komplikation, da die Abszeßhöhle vom Rektum aus sehr rasch infiziert wird, ganz abgesehen davon, daß die bis dahin geschlossene Tuberkulose sich in eine offene verwandelt.

Von einer Heilung kann in derartigen Fällen nur selten die Rede sein und auch das nur dann, wenn der kalte Abszeß tief, etwa im Steißbeine gelegen ist.

E. Toff (Braila).

P. Dhéry, La tuberculose du pubis chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1906). Die Lokalisierung der Tuberkulose im Schambeine kommt selten zur Beobachtuug und ist in einer großen Anzahl der

betreffenden Fälle schwer zu erkennen, namentlich wenn ein Durchbruch des Abszesses noch nicht stattgefunden hat, oder dies an einer entfernten Stelle geschieht.

Die Symptome können in zwei Gruppen geteilt werden, je nachdem die Krankheit den Gang beeinflußt und koxalgische Erscheinungen hervorruft, oder nur lokale, jeder Knochentuberkulose eigene Symptome aufweist. Die lokale Untersuchung eventuell in Verbindung mit der radiographischen Untersuchung gestattet in den meisten Fällen eine Lokalisierung der Affektion.

Die Prognose ist keine schlechte, namentlich wenn die Abszesse auf kein Gelenk übergreifen und keine zu große Abhebung der Weichteile bewirken. Bezüglich der Behandlung ist die Entfernung der Sequester, die Eröffnung und Drainierung der Fisteln anzuempfehlen. E. Toff (Braila).

O. Vulpius, Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis im Kindesalter. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1906. Nr. 20.) Großes Gewicht legt V. auf die Allgemeinbehandlung — V. fügt gern eine Schmierseifeninunktionskur bei, deren Wirkung erprobt ist — mit der gleichzeitig der Kampf gegen den lokalen Entzündungsprozeß und seine Folgezustände verbunden wird, der möglichst ambulant geführt werden soll. Dies wird ermöglicht durch einen sehr exakt angelegten Gipsverband. Dessen Unterlage kann aus Flanellbinden, Filzhose oder fest angewickelter Watte bestehen, über welche alsdann die Gipsbinden dem Rumpf und Bein derartig anmodelliert werden, daß die Körperformen durch den fertigen Verband hindurch zu erkennen sind. „Je vorgeschrittener das Leiden, je heftiger die Schmerzen, desto größer hat der Gipsverband auszufallen, der gelegentlich von der Brustwarze bis zur Großzehe reicht. Meist können wir ihn am Rippenbogen und über den Knöcheln endigen lassen. Äußerst wichtig ist, daß der Verband sich dem Tuber ossis ischii aufs engste anschmiegt, denn von hier aus wird die Körperlast unter Ausschaltung des Beines übertragen auf einen eisernen Gehbügel, welcher die freischwebende Fußsohle überragt. Nur auf diese Weise ist die Entlastung des Hüftgelenkes zu erreichen. Eine um das Sprunggelenk gelegte Schnurlasche mit seitlichen Bändern, welche durch Ösen des Gehbügels geleitet werden, gestattet endlich eine nicht unbeträchtliche Extension. Die Wirksamkeit eines solchen Gehgipsverbandes läßt sich aus der gewöhnlich prompt eintretenden Schmerzstillung erkennen.“ Ist die vorteilhafteste Stellung für ein versteiftes Hüftgelenk — geringe Abduktion und Flexion — bereits vorhanden, so wird sie im Gehgipsverband festgehalten. Andernfalls muß sie durch ein schonendes Redressement (Narkose!) herbeigeführt werden. Die Verbände werden in Intervallen von etwa 2 Monaten gewechselt.

Der Gehgipsverband hat nun auch seine Nachteile, vor allem die entstehende Atrophie. Es ist deshalb die Behandlung mit portativen Apparaten eingeführt worden. Der nach einem Modell kunstvoll gebaute Hülsenapparat ist aber kompliziert und kostspielig, die Anlegung eines ebensogut wirkenden Gipsverbandes mit einfachen Mitteln zu bewerkstelligen. Deshalb bevorzugt V. letzteren während

des floriden Stadiums der Coxitis, während in der Epoche der Nachbehandlung, wo es gilt die Atrophie zu beseitigen, den Knochen allmählich wieder tragfähig zu machen, der Hülsenapparat zu seinem Rechte kommt, wo die pekuniären Mittel es gestatten. Sonst muß und kann man sich mit einfacheren Hülsenvorrichtungen behelfen, wenn nur bei ihrer Herstellung das Prinzip der „Modellhülse" gewahrt bleibt.

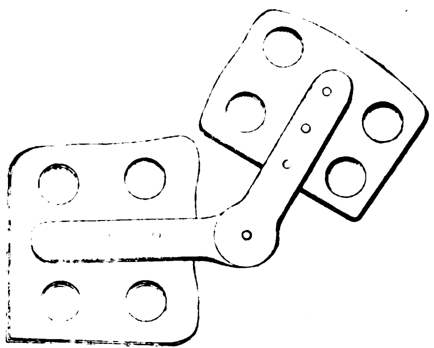
Was nun die Komplikationen anbelangt, so entsteht die Luxation auf der Basis des auf die Pfanne wie den Kopf formzerstörend wirkenden Prozesses. Unsere therapeutische Aufgabe besteht darin, der Wanderung des Kopfes durch Entlastung und Extension entgegenzuarbeiten. Häufiger beschäftigt uns der Abszeß. „Wir sehen bisweilen, daß dieser unter dem Gipsverband sich ohne spezielle Behandlung zurückbildet, häufiger aber müssen wir leider gelentlich des Gipsverbandwechsels feststellen, daß unter dem Verband Eiter palpabel wurde. Dieser drohende Mißerfolg der konservativen Therapie äußert sich gelegentlich gleich zu Beginn unserer Behandlung: Die gewohnte Schmerzstillung durch Anlegen des Gipsverbandes bleibt aus, die Schmerzen können an Intensität zunehmen und schließlich zur Entfernung des Verbandes nötigen, oder aber sie verschwinden nach einiger Zeit ziemlich plötzlich. Diese Erscheinung erklärt sich daraus, daß ein intraartikulärer Abszeß vorhanden war, der durch die Kapselspannung so lange Schmerzen hervorrief, bis er zur Perforation kam — man findet beim Verbandwechsel den oberflächlich liegenden Abszeß. Ein Abszeß, der nicht die Tendenz zur Rückbildung erkennen läßt, muß entleert werden unter möglichster Vermeidung von Fistelbildung, also besser durch wiederholte Punktion und Jodoforminjektion als durch Inzision. Stark eiternde Fisteln erschweren die Behandlung im Gipsverband oder portativen Apparat sehr, solche Fälle eignen sich gewöhnlich nicht zur konservativen Therapie. Wir berühren damit die Frage nach den Grenzen der orthopädischen Behandlung der Coxitis des Kindes. Ist erhebliche Eiterung vorhanden, diagnostizierbar aus der starken Schmerzhaftigkeit trotz exakter Ruhigstellung des Gelenkes, bestehen lebhaft sezernierende Fisteln, die auf kariösen Knochen, ins Gelenk führen, tritt Fieber auf, wird der Allgemeinzustand unter konservativer Behandlung schlechter — dann ist der blutige chirurgische Eingriff angezeigt, dann gilt es aber auch, nicht lange zu zögern, sondern typisch oder atypisch, jedenfalls gründlich zu resezieren, ehe die Entkräftung des kleinen Patienten die Aussichten der Operation verschlechtert."

Bei Fällen ausgeheilter Coxitis, welche eine Ankylose in funktionell ungünstiger Position — starke Flexion, Adduktion und erhebliche Verkürzung — aufweisen, empfiehlt V. eine Osteotomie im Bereich des Trachanter major, wobei das Bein dann in leichte Abduktion gestellt wird, falls eine Verkürzung von wenigen Zentimetern vorliegt. Stärkere Verkürzungen des Beines gleicht V. lieber durch orthopädisches Schuhwerk aus. Grätzer.

Gy. Dollinger, Die Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkserkrankungen. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 2.) Nach

eingehender Besprechung dieses wichtigen Gegenstandes, konkludiert D., daß die konservative Therapie die Regel, die Resektion die Ausnahme sein möge. Ernö Deutsch (Budapest).

Alex Schmidt (Altona), Eine einfache Methode zur schmerzlosen Redression verschiedenartiger Deformitäten. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 40.) S. hebt zunächst hervor, daß man bei seiner Methode mit einfachen Hilfsmitteln und unabhängig vom Bandagisten auch schwere Deformitäten heilen kann, so daß diese Art der Behandlung, eine Modifikation des Wolffschen Etappenverbandes, besonders dem praktischen Arzte sehr gute Dienste zu leisten berufen ist, auch dem Landarzte, zumal die nötigen Apparate von jedem Schlosser auf dem Dorfe hergestellt werden können. S. übt die Methode seit 12 Jahren aus bei Kontrakturen nach tuberkulösen und anderen Gelenkentzündungen, bei O- und X-Beinen, rachitischen Deformitäten usw. Man kann mittels derselben schmerz- und gefahrlos in sehr kurzer Zeit selbst recht schwere Deformitäten korrigieren, und zwar bei ambulanter Behandlung (Bettruhe nur so lange, bis der Gips getrocknet ist).



Die Technik dieses Gipskorkverbandes ist eine sehr einfache. Die betreffende Extremität wird sorgfältig mit nicht entfetteter Watte gepolstert und eingegipst; die Polsterwatteschicht muß durch eine Tupfmullbindenlage fest und gleichmäßig angewickelt werden, so daß das gepolsterte Bein genau dessen natürliche Konturen behält, wodurch man ein gleichmäßig festes und genaues Anliegen des Gipsverbandes erzielt. In den letzten werden nun Charniere (s. Abbild.) eingewickelt, die jeder Schlosser aus biegsamem, dünnem Bandeisen herstellt (zur besseren Fixierung derselben im Gips sind durchlochte Lederstücke an ihnen angenietet, welche sich, angefeuchtet, fest mit den Gipsbinden vereinigen und dadurch verhindern, daß die Scharniere bei dem später einwirkenden Zug und Druck ausreißen. Bevor der Gips trocknet, schneidet man (am Knie) in der Kniekehle von Scharnier zu Scharnier ein ovales Stück aus dem Gipsverband aus, wobei aber auch hier die Watteschicht mit der sie fixierenden Mullbinde nicht mit durchschnitten wird. Nun wartet man, bis der Gipsverband trocken geworden ist, also 2—5 Tage, ölt die Scharniere ein damit sie sich leichter bewegen, und beginnt das Bein langsam zu redressieren, aber nur gerade so weit, daß Patient anfängt Schmerz zu fühlen. Dabei klafft natürlich der Schlitz in der Kniekehle je nach dem Grade der Redression. Man wählt nun von einer Serie von Korkkeilen, die man sich von der dünnsten Scheibe bis zu einem 15 cm dicken Stück reichlich vorrätig hält, denjenigen Keil aus, der sich gerade in den Spalt hineinschieben läßt, und erhält sich dadurch

das Resultat der Redression. Nach zwei weiteren Tagen kann man weiter redressieren, einen dickeren Kork einschieben usf., bis man überkorrigiert hat, wobei zuletzt ein sehr dickes Korkstück in der Kniekehle sitzt. An den Stellen, wo der Kork eingeschoben wird, muß der Gipsverband von Anfang an verdickt werden, damit er durch den Druck des Korkes nicht abbröckelt. Da nun solche redressierten Kontrakturen lange Zeit die Neigung zu Rezidiven behalten, muß man das Erreichte durch 2 Jahre durch Kapseln zu fixieren bestrebt sein. In der ärmeren Klientel macht man einfach eine Gipskapsel, welche nur alle 6 Monate erneuert zu werden braucht, während sonst eine durch Schnürung abnehmbare Kapsel benutzt wird, die nach einem Gipsabguß entweder aus Zelluloid-Azeton-Mullbinden oder aus Holzspänen und Kleisterbinden oder aus Holzspänen und Tischlerleimbinden oder aus Mullbinden, Wasserglas und Pappstreifen hergestellt wird. So muß man mindestens 2 Jahre lang nachbehandeln!

Ebenso werden andere Deformitäten behandelt, wobei der Kork stets an der Stelle der pathologischen Konkavität seinen Platz erhält. Beim X-Beine liegen bei der Korrektion die Scharniere an der Vorder- und Hinterseite des Kniegelenks, der Kork wirkt an der Außenseite. Auch hochgradigste X-Beine sind so heilbar. Die Nachbehandlung ist die gleiche wie oben, noch besser wirkt hier aber eine einfache Außenschiene, gegen welche das Knie mit einem breiten Lederriemen angezogen wird. Auch diese Schiene stellt jeder Schlosser und Sattler her. Sie besteht aus einem gepolsterten Beckengurt und der langen, auswärts gebogenen Außenschiene, welche unten rechtwinklig abgebogen ist und in die Hacke des Stiefels eingesteckt wird, wodurch der Fuß im Gelenk beweglich bleibt. Unterhalb des Beckengurtes ist in der Höhe des Trochanters zur Bewegung des Hüftgelenkes ein Scharnier einzufügen. Das Knie aber darf kein Gelenk erhalten. Die Patienten können nach wenigen Tagen damit sehr gut gehen.

Wo es Tuberkulose und Rachitis gibt, wird man reichlich Gelegenheit haben, diese Methode anzuwenden, die an Einfachheit nichts zu wünschen übrig läßt.

Grätzer.

D. F. Willard, Joint Diseases, Especially Those of Children. (New York Med. Jour.) Nach Erörterung der verschiedenen Arten von Gelenkaffektionen der Kinder und der differentialdiagnostischen Momente der einfachen, tuberkulösen und septischen Gelenkentzündungen, betont Verf. die Oberflächlichkeit, mit der die Diagnose in diesen Fällen gestellt wird. Die meisten unheilbaren Gelenkaffektionen seien das Resultat falscher Diagnosen. Nur zu oft werden dieselben als Rheumatismus aufgefaßt. Verf. empfiehlt vollständige Ruhe und Fixation des Gelenkes bei tuberkulöser Infektion, dagegen frühes operatives Eingreifen in septischen Fällen.

E. B. Sheffield.

M. Simmonds, Über Frühformen der Samenblasentuberkulose. (Virchows Archiv. Bd. 183. Heft 1.) S. untersuchte in 14 Fällen die Samenblasen von an Tuberkulose gestorbenen Männern, die sich makroskopisch durch ihren eitrigen Inhalt auszeichneten. In allen Fällen fand er in den von Eiterkörperchen durchsetzten

Inhalte zahlreiche Tuberkelbazillen, jedoch nur in 8 Fällen histologisch nachweisbare tuberkulöse Veränderungen der Samenblasenwand; in den übrigen bestand als Zeichen beginnender Tuberkulose nur ein eitriger Katarrh. In manchen Fällen ließ sich eine Kommunikation der Samenblasen oder zuführenden Samenwege mit tuberkulösen Herden nachweisen. In den anderen Fällen fand sich dagegen keine Genitaltuberkulose. Für diese nimmt S. an, daß die Bazillen in den Hoden ausgeschieden würden, ähnlich wie in der Niere. Vom Hoden aus kommt dann die Samenblasentuberkulose zustande. S. macht auf die Übertragungsmöglichkeit der Tuberkulose in diesen Fällen aufmerksam, hält sie aber seinen Erfahrungen nach nicht für häufig.
Bennecke (Marburg).

v. Baumgarten, Experimente über aszendierende Urogenitaltuberkulose. (Verh. d. deutschen path. Ges. in Meran. 1905. Durch Unterbindung von Ureteren und Vasa deferentia bei Kaninchen mittels Seidenfäden, die mit spärlichen Tuberkelbazillen imprägniert waren, verursachte v. B. eine Aufhebung des Sekretionsstromes. In den betreffenden Schleimhäuten kam es zur Entzündung durch das gestaute Sekret und sekundären Infektion mit tuberkulösem Material, die an der Stelle der Unterbindung entstanden und in die Lumina eingebrochen war. Im Ureter breitete sich die käsige Entzündung kontinuierlich längs der Wand bis in die hydronephrotisch veränderte Niere aus, während es vom Vas deferens aus in den vorliegenden Präparaten zu einer Erkrankung des Nebenhodens und Hodens nicht gekommen war, wofür mechanische Momente verantwortlich gemacht werden. Durch die Experimente wird bewiesen, daß bei aufgehobenem Sekretionsstrome eine aszendierende Ausbreitung der Tuberkulose möglich ist, dagegen beweisen sie nichts für eine aszendierende Tuberkulose bei vorhandenem Sekretionsstrome. Bennecke (Marburg).

De Keersmaecker (Antwerpen), Die Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit Tuberkulinpräparaten. (Centralbl. f. Krankh. d. Harn- und Sexualorg. XVII. 9.) K. bedient sich des Denysschen Tuberkulin B. F. (= unerhitztes Filtrat der Glyzerinpeptonfleischbouillon, auf welcher die Tuberkelbazillen gewachsen sind) und fußt auf der Methode Denys. Als Verdünnung zu den Einspritzungen benutzt Denys dieselbe Glyzerinpeptonfleischbouillon, K. dagegen gebraucht dazu $^1/_2$ $^0/_0$ige Karbolsäurelösung.

Nach Denys unterscheidet man 1. T III = unverdünnte Bouillonflüssigkeit; 2. T II = $^1/_{10}$ T III d. h. die Lösung T III wird um $^1/_{10}$ verdünnt; 3. T = $^1/_{100}$ T III; 4. T 0 = $^1/_{1000}$ v. Nr. 1; 5. T $^0/_{00}$ = $^1/_{10000}$ v. T III; 6. T $^0/_{100000}$ v. T III usw. jedesmal um $^1/_{10}$ verdünnt. K. fängt nun umgekehrt wie Denys bei der 6. Lösung an, steigt dann langsam zur 5. und 4. (T 0) und geht nicht weiter herauf mit der Konzentration. Eventuell wird mehrere Monate pausiert und dann von neuem mit Nr. 6 angefangen. Die Fieberkranken sind vorher durch Ruhe, Diät usw. vorbereitet. Die Einspritzungen müssen sehr lange fortgesetzt werden. Zur Kontrolle der Reaktion wird dreimal täglich Temperatur gemessen, und die Miktionen werden gezählt, für Tag und Nacht getrennt. Daneben Behandlung der Cystitis, Pyelitis mit Pro-

targol, Salol, Urotropin. K. hält die Tuberkuline für Specifika und schiebt Mißerfolge mehr auf eine falsche Methode als auf diese Mittel.

James O. Wentzel (Zittau).

H. Vörner, Bemerkenswerter Fall von tuberkulösem Hautexanthem. (Aus der mediz. Univers.-Poliklinik zu Leipzig.)

Das 15 Wochen alte Kind wurde bis zu dem im Alter von 19½ Wochen erfolgenden Tode beobachtet. Es stammte von tuberkulösen Eltern ab und stand wegen ausgesprochener Symptome der Hirschsprungschen Krankheit in Behandlung. Außerdem zeigte es ein eigenartiges Hautexanthem, zu dessen Beurteilung V. herangezogen wurde.

Am Stamm einige zerstreute Gruppen von Effloreszenzen, und zwar eine am Bauch, zwei auf der Brust und auf dem Rücken. Diese Gruppen bestanden aus ½—1 Dutzend Einzeleffloreszenzen, die bald weiter, bald dichter standen, zum Teil sogar sich berührten. Sie waren im Durchmesser stecknadelkopf- bis fast linsengroß und bildeten Knötchen von dieser Größe, die verschieden hoch das Hautniveau überragten, mitunter auch ganz flach waren. Im Zentrum zeigten die größeren gewöhnlich eine weißliche trübe Verfärbung. Im übrigen waren sie bräunlich-dunkelrot. Auf Finger- oder Glasdruck schwand die Farbe nicht, sondern es blieb eine gelbliche bis bräunliche Verfärbung zurück, deren Sitz die Cutis war. Die Knötchen hatten weiche Konsistenz. Keine Zeichen von Lues. Darauf hatte V. Verdacht auf Tuberkulose, und bei einer genauen Untersuchung des Kindes fanden sich bronchopneumonische Herde; bei der Röntgenuntersuchung Trübungen der Lungenfelder. Dazu gesellten sich meningitische Erscheinungen, die schließlich zum Exitus führten. Durch die Sektion wurde eine fortgeschrittene tuberkulöse Erkrankung der Lunge festgestellt, und auch die Untersuchung der Haut ergab Details, die auf Tuberkulose hindeuteten.

Interessant war bei dem Falle, daß die Hautaffektion frühzeitig auf den tuberkulösen Zustand der inneren Organe aufmerksam machte, der sonst wohl noch länger von den Symptomen der Hirschsprungschen Krankheit verdeckt worden wäre.

Grätzer.

Rudolf Polland, Lupus pernio. (Aus der Klinik f. Dermatologie und Syphilis in Prag.) (Dermatolog. Zeitschrift. XIII. Nr 11.) Ein selbstbeobachteter Fall und die wenigen in der Literatur veröffentlichten Befunde geben P. Veranlassung, für die Selbständigkeit des Krankheitsbildes Lupus pernio einzutreten. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Lupus pernio ist eine eigenartige, höchstwahrscheinlich in die Reihe der Hauttuberkulose gehörige Erkrankungsform (es fehlt der Nachweis von Tuberkellbazillen).

2. Lupus pernio stellt eine selbständige Erkrankung dar, die sich durch ihren typischen Gesamtcharakter von allen Formen des Lupus vulgaris abgrenzen läßt. Die das Krankheitsbild zusammensetzenden Elemente lassen zwei Formen unterscheiden:

a) eine tumorartige mit besonderem Hervortreten der Gefäßerweiterung, welche in den tieferen Hautschichten sitzt und keine gesonderten Knötchen erkennen läßt:

b) eine oberflächlichere, welche in Form von lupusähnlichen Knoten im Gesicht und an der Streckseite der Extremitäten auftritt und eine gewisse Symmetrie erkennen läßt.

Beide Formen können bei demselben Fall kombiniert vorkommen.

3. Der Gesamtcharakter des Lupus pernio ist bedingt durch die Beteiligung des Gefäßsytemes im Sinne einer venösen Stauung.

James O. Wentzel (Zittau).

Werther, Die verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris. (Berliner Klinik. Januar 1906.) Für das frühzeitige Erkennen des Lupus bietet nach dem Verf. die histologische Untersuchung weniger deutliche Merkmale als das Resultat der Tuberkulineinspritzung oder die Überimpfung auf Kaninchen. Trockene Formen heilen besser als geschwürige, flache besser als erhabene. Gegen die sonst vorzüglichen chirurgischen Methoden wendet Verf. nur ein, daß jede Eröffnung von Blutgefäßen die Verschleppung von lupösem Virus herbeiführen kann, und Verf. bespricht sodann die Indikationen der kosmetischen Methoden: der einfachen Naht, der gestielten Lappen, Plastik und Hautverschiebung. Ausschabungen sind an zarteren Seiten ungeeignet. Skarifikation erzielt oft gute kosmetische Resultate. Für ambulante Behandlung eignet sich das harmlose Kali hypermanganicum, durch Ungefährlichkeit zeichnet sich auch das Resorcin aus, schädlicher erwies sich Pyrogallussäure. Schleimhautlupus behandle man vorsichtig mit Liqu. stibii chlorat., Jod oder Jothion. Gute Erfolge erzielten auch die verschiedenen Kälte- und Hitzeeinwirkungen, Elektrizität und Bestrahlungen. Im allgemeinen rät Verf. zu weitgehendster, nicht gleichzeitiger, sondern aufeinanderfolgender Kombination verschiedener Methoden, Ausschabung plus Ätzung, Ätzung plus Licht, Röntgenstrahlen plus Licht, Skarifikation plus Kalipermanganatumschläge usw. Die vollendete Heilung kann durch eine Probe mit Alt-Tuberkulin festgestellt werden. Angesichts der befriedigenden Resultate der Finsenkur rät Verf. zur finanziellen Unterstützung dieser leider sehr kostspieligen Methode.

Max Joseph (Berlin).

James H. Sequeira, Extensive ringworm with ulceration of the umbilicus. (The British Journ. of Dermat. August 1906.) Die in England seltene Erkrankung des über den ganzen Rumpf und die Extremitäten verbreiteten Ringworms beobachtete Verf. an einem Knaben, dessen Körper, Arme und Beine mit Schuppen und winzigen Papeln bedeckt waren, während auch die Fingernägel rauh, dick und bräunlich erscheinen. Bei der Untersuchung wurden Mycelien, Sporen und der typische Endothrix gefunden. Wahrscheinlich war ein Ulcus, welches in der Gegend des Umbilicus entstand, ebenfalls durch den Fungus verursacht. Das Ulcus heilte unter Borsäure und Lysol, die schuppige Eruption unter Jodin. Da aber die Eltern des Patienten das Entfernen der kranken Nägel nicht zuließen, rezidivierte die ganze Affektion nach einigen Monaten wahrscheinlich durch diese Infektionsquelle. Eine Schwester des Patienten zeigte die gleiche schuppige Eruption an Armen, Händen und Fingernägeln, doch fehlten Ulzerationen und der übrige Körper blieb verschont. Max Joseph (Berlin).

James H. Sequeira, On cases of Hydroa aestivale of mild type: their relations ship with Hutchinsons „Summer Prurigo“ and with Hydroa vacciniforme of Bazin. (The British Journ. of Dermat. April 1906.) Die fünf vom Verf. beschriebenen Fälle wiesen Papeln und Vesikel auf, welche manchmal juckten, Narben hinterließen und sich charakterisierten durch Entstehen in früher Kindheit, Wiederkehren mit der warmen Jahreszeit, Verschwin-

den im Winter, sowie durch die sichtbare Beeinflussung vom Sonnenlicht und dementsprechende Lokalisation auf exponierten Stellen. Gleich den schweren in der Literatur berichteten Fällen von Hydroa aestivale und vacciniforme boten die leichteren Affektionen, welche Verf. beobachtete, das histologische Bild ausgeprägter leukoseröser Exsudation, Ausdehnung der Gefäße und Zerstörung des Gewebes. Verf. ist der Meinung, daß alle die leichteren oder schwereren Sommereruptionen, Sommerprurigo, Hydroa aestivale oder vacciniforme nur verschiedene Stadien und Formen einer gleichen Gruppe darstellen. Die Eruption, welche wohl vom Licht, aber auch von anderen Faktoren verschuldet sein kann, unterscheidet sich von den natürlichen Sonnenwirkungen erythematöser und pigmentierender Natur. Eine abnorme Veranlagung, welche sich z. B. auch in dem Hämatoporphyringehalt des Urins zeigt, liegt zugrunde, sowie bei Variola oder Pellagra, bei denen die Lichtwirkung ja auch oft das auslösende Moment bildet. Verf. zieht Analogien der Hydroa mit Lupus erythemat. und Tuberkuliden in bezug auf Lokalisation, Vaskularität und Ödemen der Gewebe, Narbenbildung und Witterungseinflüssen und kommt zu dem Schlusse, daß die beschriebenen Sommereruptionen eine Toxämie mit Hautentzündungen amikrobischer Natur seien, welche durch lokale Schädlichkeiten, zu denen auch die ultra-violetten Strahlen zu rechnen seien, hervorgebracht würde. Max Joseph (Berlin).

Guion et **Pater,** Complications rénales au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Novembre 1906.) Impetigo und Ekzem, Krankheiten, welche die schützenden Decken der Haut zerstören und auf großer Ausdehnung die Absorptionswege derselben, Lymph- und Blutbahnen freilegen, führen in gewissen Fällen zur Entwicklung von viszeralen Komplikationen und allgemeinen Infektionen. Daß dies nicht häufiger vorkommt, läge an dem fortwährenden und reichlichen Abflusse seröser Flüssigkeit, welcher diese Hautaffektionen beim Kinde charakterisiert und wodurch in mechanischer Weise eine expulsive Tätigkeit auf die infizierenden Mikroorganismen ausgeübt wird. Eine andere Schutzeinrichtung des Organismus bilden die Lymphdrüsen; es gibt aber Fälle, wo diese natürlichen Schutzmittel ungenügend werden und die infizierenden Mikroben in den Körper eindringen, wie dies mit Bezug auf die Tuberkulose der Fall ist. Eine andere Komplikation gibt die Nephritis ab, obzwar dieselbe nicht immer durch schwere Symptome in Erscheinung tritt und folglich der Aufmerksamkeit entgeht. Die Symptomatologie dieser Komplikation ist relativ einfach: meist ist es ein physikalisches Zeichen, Ödem des Gesichtes oder der Malleolen, welches die Aufmerksamkeit auf den Zustand hinlenkt. In anderen Fällen tritt die Krankheit durch das urämische Symptom in Erscheinung, wie Anasarka, Oligurie, Dyspnoe, Epistaxis, Erbrechen usw. Die Harnuntersuchung zeigt die Anwendung von Eiweiß in größeren oder geringeren Mengen, oft auch von Blut, und kann es zur Entwicklung einer wahren hämorrhagischen Nephritis kommen.

Nach dem Gesagten erscheint es also von Wichtigkeit, bei

Kindern, die an impetiginösem Ekzem leiden, namentlich die Hautveränderungen eine größere Ausdehnung besitzen, den Zustand des Harnes zu überwachen und bei Feststellung einer Nierenaffektion eine dementsprechende Therapie einzuleiten. E. Toff (Braila).

T. Colcott Fox, Clinical notes. (The British Journ. of Dermat. September 1906.) Bei einem sonst gesunden kräftigen Knaben stellten sich neben Pediculi und anschließender Impetigo auf dem Kopfe starke Schuppen, auf dem von den Pediculi freien Körper ein seborrhoisches Ekzem ein, welches durch die Kongestion und Erhöhung der Follikel bis zu dornenähnlichen Vorsprüngen auffiel. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Kokken, auch spärliche Streptokokken, die Heilung erfolgte unter Waschungen mit Kreosotseife, Bädern und nachfolgender Applikation von Schwefel-, Bor- und Borsalizylsalben. Ein anderer Fall zeigt Pityriasis der Kopfhaut, rötliche und schuppende Maculae, miliare follikuläre Papeln, auch vereinzelte miliare vesikulöse Krustenbildung nach Kratzen. Zweifelhaft zuerst in der Diagnose und irrtümlich für Lupus gehalten erwies sich die Granulosis rubra an der Nasenspitze eines sonst gesunden Knaben. Eine in der Mitte gelegene Borke war umgeben von stecknadelkopfgroßen, durchscheinenden, tiefgelegenen, rötlichen Knötchen, welche unter Glasdruck als gelbliches Infiltrat erschienen. Nach Entfernung der Borke heilte die oberflächliche Exkoriation zwar schnell, doch zeigten sich später kleine Blasen oder klare Zysten und nach deren Verschwinden blieben wiederum die ursprünglichen Knötchen zurück. Die Affektion widerstand jeder Behandlung. Auffallend waren zeitweilige freie Schweißausbrüche an der erkrankten Stelle.

Max Joseph (Berlin).

Dreyer (Köln), Eine neue Pflanzendermatitis. (Dermatolog. Centralbl. Bd. IX. Nr. 5.) Bei Prostituierten, die im Kölner Gefängnis beim Aussuchen der Früchte von Sonnenblumen (Helianthus annuus) tätig gewesen waren, stellte sich folgendes Krankheitsbild ein: Rötung auf Armen und Nacken, leichtere Konjunktivitis, Brennen und Jucken, fast niemals aber Blasenbildung. Verf. hält eine mechanische Erzeugung dieser Dermatitis für wahrscheinlich, da beim Durchbrechen der Früchte kleinste Splitter an der inneren Fruchtschale entstehen, jedoch glaubt er eine eventuelle Reizung durch chemische Substanzen nicht ganz von der Hand weisen zu dürfen. (Bei der großen Vorliebe der Kinder für die Sonnenblumenkerne dürfte eine derartige Dermatitis dem Kinderarzte vielleicht öfter sichtbar geworden sein, ohne daß diese Ursache eruiert wurde? Ref.)

James O. Wentzel (Zittau).

Joseph Nicolas und **M. Favre,** Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique du Xeroderma pigmentosum. (Annales de Dermat. et de Syph. Juni 1906. Nr. 6.) Verff. berichten über 2 Fälle von Xeroderma pigmentosum, welche die gleiche Lokalisation an Gesicht, Nacken und oberen Extremitäten, die gleichen verrukösen, vaskulären und pigmentierten Erscheinungen, die gleiche Neigung zu epithelialer Degeneration aufwiesen; aber durch verschieden schweren Verlauf eine

unterschiedliche Prognose ergaben. Während bei dem 6jährigen Kinde tiefe Läsionen schnell fortschritten und jeder Abwehrprozeß des Organismus zu fehlen schien, war Verlauf und Ausbreitung der Affektion langsamer bei der älteren Frau, deren Erkrankung durch eine von ihrem Berufe als Wäscherin bedingte Sonnenverbrennung ausgelöst zu sein schien. Verff. glauben daher auch nicht an eine dauernde Besserung bei dem Kinde, trotzdem nach den Röteln zahlreiche verruköse Stellen infolge der Schuppung verschwanden. Die zurückbleibenden Erytheme und Pigmentationen lassen ein Wiedererscheinen der Neoplasmen befürchten. Verff. beobachtete eine Heilwirkung von Radiotherapie auf die verrukösen Wucherungen, nicht aber auf Erytheme und Hautatrophie, welche letztere gleichsam als das Substratum der Erkrankung überhaupt viel schwerer zu beeinflussen sind als die weniger Widerstand bietenden Neubildungen. Ein Tumor von der Nase der zweiten Patientin wurde chirurgisch entfernt und ergab bei der histologischen Untersuchung, deren eingehende Einzelheiten in der Arbeit selbst gelesen werden müssen, den Charakter eines Endopapilloms, aber nichts was den Ursprung der Veränderungen in den Talgdrüsen nahe legen konnte.

Max Joseph (Berlin).

E. Graham Little, A contribution to the study of Urticaria pigmentosa. (The British Journ. of Dermat. 1906. Nr. 1.) Die eingehenden Untersuchungen des Verf.s ergaben, daß die Urticaria pigentosa mit einer merklichen Veränderung der roten Blutkörperchen einhergehe, welche wahrscheinlich eine Verstärkung ihrer Widerstandsfähigkeit gegen zerstörende Einflüsse bedeute. Der Salzgehalt des Blutes ist vermehrt, die Kalksalze sind nicht vermindert. Die Urticaria pigmentosa mag in einigen Fällen mit einer Veränderung des Salzgehaltes im Blute zusammenhängen, doch legt die Ähnlichkeit des Blutbefundes bei Urticaria pigmentosa und Hämophilie, Purpura usw. nahe, die Urticaria pigmentosa den sogenannten Bluterkrankungen zuzurechnen oder in ihr eine Übergangsform zwischen Purpura und Urticaria zu sehen. Max Joseph (Berlin).

Schourp und **Freund,** Ein Fall von Mycosis fungoides mit Berücksichtigung der Röntgentherapie. (Dermatolog. Centalbl. Bd. IX. Nr. 6.) Eine 3 Jahre bestehende Psoriasis, die zeitweise therapeutisch beeinflußt werden konnte, erwies sich als prämykotisches Stadium der Mycosis fungoides, die über den ganzen Körper verbreitet war. Anfangs tägliche, später 1—2 mal wöchentliche, Röntgenbestrahlung mit mittelweicher Röhre, jede Stelle 10 Minuten lang, brachte die Geschwürsfläche zur Überhäutung und die Geschwülste zur Abflachung. Eisenlichtbehandlung wirkte auch, aber langsamer. Besonders bemerkenswert war, daß durch innerliche Arsendarreichung der Heilungsprozeß wesentlich beschleunigt wurde, und besonders das Jucken bedeutend nachließ. Verff. erklären dies durch die Eigenschaft des Arsens, die Turgeszenz der Haut zu erhöhen und die Blutzirkulation in derselben zu verbessern. Es fehlte im vorliegenden Falle die Mitbeteiligung der Lymphdrüsen und die, von Levedde angegebene, Leukozytose. Zur Zeit der Publikation bestanden noch

an den Oberschenkeln einige flache Effloreszenzen, sowie an den Füßen eine elephantiastische Verdickung. James O. Wentzel (Zittau).

Max Joseph (Berlin), Heliotherapie zur Psoriasis. (Aus Dr. Josephs Poliklinik f. Hautkrankheiten. Berlin.) (Dermatolog. Centralbl.) J. rät zu größter Vorsicht bei allgemeiner Anwendung der Sonnenbäder, wie sie gegen Psoriasis vor kurzem Michael Guhr (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 17. S. 536) warm auch als Prophylaktikum empfahl. J. hat nämlich einen Fall beobachtet, bei dem durch Sonneneinwirkung an der See eine große Anzahl Psoriasiseffloreszenzen auftraten, und zwar nur an den Stellen, die genau dem durchbrochenen Muster einer Bluse entsprachen. Später traten auch am Ellenbogen vereinzelte Psoriasisflecke auf. Behandlung war in diesem Falle Arsen innerlich und Dreuwsche Salbe äußerlich. (Acid. salicyl. 10,0, Ol. Rusci-Chrysarobin. āā 20,0, Sapon virid. Vaselin flav. āā 25,0.) James O. Wentzel (Zittau).

Lengefeld, Über Dermasanpräparate bei der Behandlung von Hautkrankheiten. (Dermatolg. Centralbl. Bd. IX. Nr. 4.) Rheumasan wurde bei Tyloma manuum und Esterdermasan bei Perniones, Pityriasis versicol. seborrhoischen Ekzemen usw. 1—2 mal täglich 10—20 Minuten in die Haut massiert. Bei Psoriasis, wo alles andere versagte, auch Chrysarobintraumaticin, da führte Chrysarobindermasan (= Esterdermasan + 10 $^0/_0$ Chrysarobin) oft noch zum Ziele. Für Fälle, für die Teer indiziert ist, aber versagt, empfiehlt L. als noch wirksam das Teerdermasan (= Esterdermasan + 5 $^0/_0$ konz. Liq. carbon. deterg. + 10 $^0/_0$ pix fagi). James O. Wentzel (Zittau).

B. W. Moore und **L. M. Warfield,** Fetal. Ichthyosis: report of a case with pathological changes in the thyreoid gland. (Americ. Journ. of the medic. sciences. May 1906.) Während mildere Fälle von angeborener Ichthyosis allenfalls mit Salben, Thyreoideaextrakt usw. zu behandeln sind, ist eine so schwere Erkrankung wie die hier beschriebene als völlig hoffnungslos anzusehen. Das ichthyotische Kind stammte von einer gesunden Mutter aus gesunder langlebiger Familie, doch gibt es zu denken, daß ein früheres, bald nach der Geburt verstorbenes Kind der Mutter nicht gezeigt worden ist. Bei dem im 7. Monate geborenen Kinde ist der ganze Körper von enorm dicken Hautschuppen, welche von Rhagaden unterbrochen in allen Richtungen gruppiert sind, bedeckt, Kopfhaut und Stirn erscheinen am schwersten betroffen, Finger und Zehen gekrümmt und starr, während mit Armen, Beinen und Kopf unter beständigem Schreien Bewegungen verursacht werden. Da der starr geöffnete Mund das Saugen unmöglich machte, wird künstliches Einflößen von Milch und Wasser versucht, bis bei andauernd tiefen Temperaturen nach 3 Tagen der Tod eintritt. Die Sektion ergab fötale Ichthyosis, Atrophie der Thyreoidea und Thymusdrüse, Fettleber, Kongestion an allen Organen, das Rete mucosum erscheint verdünnt. Verff. weist darauf hin, daß die meisten Ichthyosiserkrankungen Frühgeburten betreffen und nimmt eine Kombination der thyreoiden Degeneration mit der von Bowen erwähnten epitrichialen, nur bis zum 6. Monat normal

bestehenden, hier aber andauernden Schicht an. Wenn eine Epidermis überhaupt vorhanden war, wurde dieselbe durch eine Membran an der normalen Desquamation gehindert, eine trophische Veränderung erzeugte die ungeheure Verhornung des Rete Malpighii. Die Haut wurde so dick und unbeweglich, daß das Wachstum des Kindes sie mechanisch durchbrach, während alle hervorstehenden Körperteile, wie Nase, Ohren, Finger in der Entwicklung beeinträchtigt wurden.

Max Joseph (Berlin).

A. Brandweiner, Über Ichthyosis congenita. (Aus der K. K. dermatolog. Klinik in Wien.) (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 40.) B. leugnet einen prinzipiellen Unterschied zwischen Ichthyosis simplex und congenita. Schilderung eines interessanten Falles bei einem 5 jährigem Kinde, bei dem auch die Augen an dem Prozeß beteiligt waren (Ulcus corneae, Ektropium), der sonst aber mild verlief.

Grätzer.

Koblanck, Über Pemphigus neonatorum. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1906. Bd. 57.) An der Hand eines selbst beobachteten Falles von angeborenem einfachem Pemphigus, dessen intragenitale Entstehung er auf Infektion von der Scheide aus zurückführt, bespricht K. (in einem am 23. Februar 1906 in der Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. gehaltenen Vortrage) die von ihm und anderen ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen über Ätiologie dieser Erkrankung und kommt zu dem Schluß, daß der Staphylococcus aureus der Erreger des Pemphigus neonatorum ist. Die Behandlung der Blasen und ihrer Umgebung mit 70 $^0/_0$ igem Alkohol bei Unterlassung des Badens der Kinder hat ihm gute Dienste geleistet.

In der Diskussion zu diesem Vortrage wurden K.s Untersuchungen von Liepmann und Keller bestätigt.

Wegscheider (Berlin).

E. Alamilla y Requeijo, Die Behandlung des Pemphigus acutus mit Finsenlicht; seine Übertragung durch Flohstiche. (Rev. de Med. y Cir. de Habana. 10. Juni 1905.) Bei dem 3 $^1/_2$ jährigen Töchterchen des Verf.s trat ein typischer Pemphigus auf, der allen Behandlungsmethoden trotzte. Verf. versuchte nun die Behandlung mit Finsenlicht, und schon nach 4 Tagen waren die Effloreszenzen völlig verschwunden. Kurz darauf konnte Verf. genau beobachten, wie aus einem Flohstich bei dem Kinde sich eine typische neue Pemphiguspustel entwickelte. Während der Behandlung des größeren Kindes traten auch bei einem zweiten 1 $^1/_4$ jährigen Pemphigusefflorescenzen auf; hier genügten 7 Sitzungen, um die ca. 30 Effloreszenzen zu beseitigen. Der Floh, der die Infektion übertrug, war nicht der gewöhnliche Kinderfloh, sondern der Mäusefloh (pulgaderatón).

M. Kaufmann.



II. Neue Bücher.

F. Calot. **Die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.** Übersetzt von Dr. P. Ewald. Mit einem Vorwort von Prof. O. Vulpius. Stuttgart, Verlag von F. Enke.

Die Herausgabe dieses Buches wird durch zwei Sätze des Autors motiviert und charakterisiert: „Die angeborene Hüftgelenksverrenkung kann und muß bis zum 12. oder 15. Jahre auf unblutigem Wege geheilt werden." „Die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung kann Gemeingut aller Ärzte werden." „Das vorliegende Werk will die Führung auf einem für den praktischen Arzt sicheren und doch leichten Wege übernehmen." Nun, plastisch schön hat ja der Autor seine Darstellungen gestaltet, ungemein klar und belehrend sind die 206 Abbildungen, die den Text begleiten, und die Methode des sich auf außerordentlich reiche Erfahrungen stützenden Verf.s erscheint bei solcher Unterweisung ziemlich leicht und einfach. Trotzdem kann und wird der praktische Arzt wohl kaum sich dazu entschließen, die Ausführung selbst zu übernehmen. Aber er wird recht viel aus dem ausgezeichneten Buche lernen und hohen Genuß aus dem Studium desselben schöpfen. Wir müssen daher dem gewandten Übersetzer für seine Arbeit dankbar sein und wünschen dem Werke weiteste Verbreitung. Grätzer.

Al. Monti. **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** Verlag von Urban & Schwarzenberg. Wien-Berlin.

Von dem rühmlichst bekannten Werke, das wir schon oft unsern Lesern warm empfohlen haben, sind zwei neue Hefte (Heft 24 Preis 2 Mk., Heft 25 Preis 1 Mk.) erschienen, von denen das eine die künstliche Säuglingsernährung bringt, das andere sich mit der Ernährung und Pflege der Kinder von der Entwöhnung bis zur Pubertät beschäftigt. Beide Themata sind in mustergültiger Weise bearbeitet und sind besonders den praktischen Ärzten angelegentlich zum Studium zu empfehlen. Grätzer.

B. Gomperz. **Pathologie und Therapie der Mittelohrentzündungen im Säuglingsalter.** Verlag von Josef Safár in Wien.

G. hat auf Anregung von Politzer es unternommen, die reichen Erfahrungen, die er in vieljähriger Tätigkeit am Kinderkrankeninstitute von Kassowitz zu sammeln Gelegenheit hatte, einem weiteren Kreise von Kollegen zugänglich zu machen. Wir begrüßen dies dankbar, da G. es versteht, in ruhiger und dabei anregender Darstellung den umfangreichen Stoff klar und deutlich zu veranschaulichen und das praktisch Wichtige hervorzuheben und besonders eingehend dem Leser vorzuführen. Wir können diese Monographie, die auch 24 Abbildungen im Text und 3 lithographierte Tafeln enthält, warm empfehlen.

Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 21. November 1906.

Lateiner demonstriert 2 Fälle von **typischem Myxödem.** Es handelt sich um zwei Geschwister. Der Knabe $3^1/_2$ Jahre alt, das Mädchen $4^1/_2$ Jahr zeigen beide alle Charaktere der Erkrankung.

Das Mädchen ist 76 cm, der Knabe 78 cm lang, also beträchtlich im Wachstum zurückgeblieben, es besteht die eigentümliche myxödematöse Schwellung der Haut, sie ist auch trocken. Die Haare sind struppig und borstig, die Haargrenze reicht tief hinab. Die Knochenentwicklung ist rückständig, die große Fontanelle noch offen. Dabei ist die Thyreoidea bei beiden Kindern noch zu tasten.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß bei Vorhandensein der Thyreoidea und mäßig entwickeltem Myxödem an bloße **Hypoplasie** der Thyreoidea zu denken sei.

Knöpfelmacher zeigt einen 8jährigen Knaben mit **Riesenwuchs.** Der Körperbau des Kindes ist dabei proportioniert. Patient ist 134 cm lang, hat mächtig entwickeltes Genitale, Pubes. K. meint, daß die Ursache dieses Riesenwuchses in der vorzeitigen Pubertät des Kindes zu suchen sei. Die Funktion der Keimdrüsen hat einen ungemein wichtigen Einfluß auf das Wachstum.

Preleitner demonstriert ein 9jähriges Kind mit **intensiv ausgebildeter Trichterbrust.** Das Corpus sterni zeigt eine winkelige Abknickung nach rückwärts. Die Grube ist 3 cm tief. P. bespricht die Ätiologie solcher Fälle. Die Deformität ist entweder angeboren und wird dann durch Druck des Kinnes, oder durch Druck der Ferse in utero erklärt, oder die Trichterbrust entwickelt sich später, wie man meint, durch Zurückbleiben des Brustbeines im Wachstum.

Therapeutisch hat Hoffa Heftpflasterverbände angegeben, die durch Zug die Zunahme der Veränderung hintanhalten sollen. Von anderer Seite sind eigene Saugapparate angegeben worden, die in ähnlicher Weise die Deformität mildern können.

Hecht berichtet über einen $3^1/_2$jährigen Knaben, der bei vollständigem Wohlbefinden deutlich grünen Harn entleert. H. konnte nachweisen, daß der die grüne Farbe bedingende Farbstoff Indigo ist.

In der Diskussion schildert Reuß einen ganz analogen **Fall von Indigurie.** Diese Anomalie des Harnes sei nach wenigen Tagen spontan zurückgegangen.

v. Pirquet hält den angekündigten Vortrag: **Über die Bedeutung der galvanischen Untersuchung im Säuglingsalter.**

Die extreme Überregbarkeit der peripheren Nerven für den galvanischen Strom, welche von Erb als charakteristisch für die Tetanie der Erwachsenen angegeben worden war, wurde von Escherich, dann von Ganghofner, Hauser u. a. auch bei der Tetanie der Säuglinge gefunden. Thiemich wies später nach, daß als pathognostisch für das Bestehen hochgradiger Überregbarkeit gelten kann Eintritt der Kathodenöffnungszuckung bei Stromstärke unter 5 Milli-Ampère.

Die Normalwerte der galvanischen Erregbarkeit hat Thiemich und Mann bestimmt. Vortr. ist jedoch auf Grund von ca. 800 Untersuchungen zum Schlusse gekommen, daß die bisher angegebenen Durchschnittswerte zu hoch sind.

v. Pirquet stellt zwischen der Überregbarkeit Thiemichs, welche er als „kathodische" bezeichnet und der normalen Erregbarkeit eine Mittelgruppe auf, die er anodische Überregbarkeit nennt, weil sie durch das Auftreten der Anodenöffnungszuckung unter 5 Milli-Ampère charakterisiert ist. Beim normalen Säugling tritt nur Schließungszuckung unter dieser Grenze auf.

Die „anodische Überregbarkeit" findet sich im Winter viel häufiger als im Sommer, bei mit Kuhmilch ernährten Kindern häufiger als bei Brustkindern, bei Rachitikern öfter als bei nicht rachitischen Gesunden. Die Verknüpfung der Überregbarkeit mit diesen Faktoren ist jedoch nicht so enge, daß ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis angenommen werden kann. Die Ansicht Stöltzners, die Überregbarkeit sei durch Kalzium hervorgerufen, ist unhaltbar. Vortr. bespricht an Hand eines genau verfolgten Falles von Tetanie alle in Betracht kommenden Faktoren.

Die praktische Bedeutung der galvanischen Untersuchung liegt daran, daß man durch diese Methode imstande ist, die Einreihung von Krämpfen und laryngospastischen Erscheinungen in die Gruppe der tetanoiden Erkrankungen durchzuführen und den Effekt der Therapie zu verfolgen. Bei einzelnen Fällen von Überregbarkeit und besonders von Laryngospasmus gelingt es nämlich, durch Änderung der Diät rasche Besserung zu erzielen (Rehn, Gregor). Nachprüfungen der Angaben von Finkelstein, der bei Brustmilch, bei milchfreier Kost oder bei roher Kuhmilch mit Lebertran fast stets eklatante Besserung sah, haben die allzu optimistischen Hoffnungen auf diese Therapie herabgesetzt, immerhin ist aber doch ein Versuch in dieser Richtung in jedem Falle auszuführen.

Die Ausführungen des Vortr. gewannen dadurch noch an Interesse, weil Escherich knapp vor dem Vortrage über einen letalen Fall von typischer Tetanie mit Carpopedalspasmen berichtete, der bei der Obduktion makroskopische Veränderungen an den Epithelkörperchen zeigte. Bekanntlich wird in letzterer Zeit nicht nur die Tetanie der Erwachsenen, sondern von mancher Seite auch die Tetanie der Kinder mit Funktionsstörungen der Epithelkörperchen in Zusammenhang gebracht.

Erdheim, der sich viel mit dieser Frage beschäftigt hat, demonstrierte die Epithelkörperchen des oben erwähnten Falles.

Eines derselben zeigte schon makroskopisch blutrote Verfärbung, ein zweites zeigte die analoge Veränderung in geringerem Grade. Histologisch finden sich in solchen Fällen ausgedehnte Hämorrhagieen. B. Schick (Wien).

Holländische Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. II. S. 1838.)

Mol (Haag): **Die Behandlung der Tuberkulose am Meer.** M. berichtet über seine Erfahrungen im Seehospizium „Sofia-Stiftung". Es ergab sich, daß bei der chirurgischen Tuberkulose in der Regel völlige Heilung erzielt wurde. Bei der Tuberkulose der Lymphdrüsen ist der Erfolg größer, wenn der Prozeß weniger fortgeschritten war; am schwersten heilten die fistulösen Formen. Tuberkulose der Haut heilte gewöhnlich sehr schnell, und Lupus besserte sich in der Mehrzahl der Fälle. In drei Fällen von tuberkulöser Peritonitis wurde ohne Operation vollständige Heilung erzielt. Nur bei Tuberkulose der Lunge sind die Erfolge sehr zweifelhaft.

Scheltema (Groningen) berichtet über **Morb. Basedowii bei der Mutter, und Myxödem bei ihrem Kinde.** Der von S. wahrgenommene Fall, wo eine Mutter, welche behaftet war mit Morb. Basedowii, ein Kind zur Welt brachte, das an Myxödem erkrankte, sollte dafür sprechen, daß beide Krankheiten Folgen sind einer primären Erkrankung der Schilddrüse.

de Bruin (Amsterdam) berichtet über **zwei Fälle von spontaner Gängrän bei Säuglingen.** Mit Ausnahme der sogenannten multiplen kachektischen Gangrän der Haut, verursacht durch direkt auf diese einwirkende Noxen (Mikroorganismen, Druck usw.), ist Gangrän bei Säuglingen außerordentlich selten. Dies ist im besonderen für spontane Gangrän der Fall, dem Effekt der Unterbrechung der Blutzufuhr zu einer Extremität, bei der vorher sowohl die Zirkulation als auch die zelligen Gewebselemente ganz normal und lebenskräftig gewesen sind.

Die Kasuistik des bei Säuglingen so außerordentlich seltenen Leidens kann B. vermehren durch zwei eigene Beobachtungen:

1. Spontane Gangrän des rechten Unterbeins bei einem Neonatus. Bei dem spontan geborenen Kinde, bei dem zuvor vergebliche Versuche mit Wendung und Extraktion gemacht waren, war schon unmittelbar nach der Geburt das rechte Unterbein blau verfärbt. Die Mutter hatte kein Sekale gebraucht.

Bei der Aufnahme im Spital zeigte sich bei dem 11 tägigen Kinde keine Nabeleiterung; das ganze rechte Bein war von den Zehen bis an die Mitte des Oberschenkels blaufarbig, die Art. cruralis dextra nicht fühlbar. Innenorgane normal. Am linken Oberarm hämorrhagischer Infarkt der Haut. Ödem am linken Arm und Hand.

Nach einer Woche trat eine deutliche Demarkation auf, welche sich bis auf den Femur vertiefte. Nach einem Monat hing das Unterbein nur durch einige Sehnen an dem Oberschenkel. Nach Durchtrennung dieser Sehne ergab sich, daß die Demarkation in der unteren Epiphysenlinie des Femurs stattgefunden hatte. Nach 4 Monaten war der Stumpf geheilt und das Kind völlig hergestellt.

B. läßt dahingestellt, ob hier Thrombose oder Embolie im Spiele war.

2. Spontane Gangrän an drei Zehen bei einem Kinde von 8 Monaten. Bei dem Säugling mit chronischem Darmkatarrh ohne Lues, fand B. bei der Aufnahme Ödem des rechten Fußes; Bullae auf den drei ersten Zehen; Puls in Art. dors. pedis fehlte. Nach 14 Tagen war das Ödem geschwunden, aber die drei ersten Zehen im ganzen und die Spitze der vierten Zehe waren gangränös und zeigten deutliche Demarkation; nachher spontane Abstoßung der gangränösen Teile in der Demarkationslinie. Nach einigen Wochen vollständig geheilt entlassen.

B. fand in der ganzen Literatur nur einen Fall von spontaner Gangrän bei einem Säugling im Alter von 1 Monat.

Haverschmidt (Utrecht) berichtet über: **Beitrag zur Bedeutung der Erkrankungen der oberen Luftwege bei jungen Kindern.** H. macht darauf aufmerksam, daß sehr oft die charakteristischen lokalen Erscheinungen fehlen, und daß mehr die allgemeinen Erscheinungen in den Vordergrund treten. H. fand in seinen Fällen öfters nur hohe Temperaturen, ohne Lokalbefund, zuweilen lenkten Drüsenschwellungen am Halse die Aufmerksamkeit auf ein lokales Leiden.

Öfters verliefen die Fälle unter dem Bilde einer febrilen Gastroenteritis, schwer zu entscheiden von der Sommerdiarrhöe. Zuweilen Abszeßbildung der regionären oder retropharyngealen Drüsen.

H. fand in den meisten Fällen im Schleim Diplokokken, die deutlich von Pneumokokken zu unterscheiden waren. Dieselben Diplokokken fand H. im Schleim der Pharynx bei den leichtkranken erwachsenen Familienmitgliedern, ebenso im Harn eines der kranken Säuglinge.

H. ist deshalb der Meinung, daß die Säuglinge streng von den erwachsenen Familienmitgliedern getrennt werden müssen, welche Erscheinungen eines akuten Katarrhs der oberen Luftwege darbieten. Graanboom.

IV. Monats-Chronik.

München. Die hygienisch so wichtige Frage des **geschlossenen Vormittagsunterrichtes** hat an den Münchener Gymnasien in jüngster Zeit große Fortschritte gemacht. Nicht nur ist diese Zeiteinteilung nunmehr an 3 Gymnasien wenigstens teilweise eingeführt, sondern es hat auch die Neuerung in Lehrerkreisen, trotz vieler anfänglicher Bedenken, einen vollen Sieg davongetragen. Dies bewies der Verlauf einer am 20. Dezember v. J. abgehaltenen Versammlung der Gymnasiallehrer-Vereinigung München. In dieser Versammlung, der auch eine Anzahl von Ärzten beiwohnte, wurde die Frage an der Hand eines ausgezeichneten Referates von Gymnasiallehrer Dr. F. Fischer nach allen Richtungen besprochen und zwar durchwegs im Sinne rückhaltloser, zum Teil begeisterter Zustimmung. Als Resultat der Münchener Erfahrungen wurde festgestellt, daß die Schulleistungen die gleichen sind, wie bei geteilter Arbeitszeit, daß aber für die körperliche Ausbildung und für Lieblingsbeschäftigungen der Schüler sehr viel mehr Zeit übrig bleibt; dementsprechend hebt sich das körperliche Wohlbefinden der Schüler. Nach diesen Erfahrungen darf man hoffen, daß die geschlossene Arbeitszeit in München eine dauernde, weiter auszubauende Einrichtung bleiben wird und daß auch die, jedem gesunden Fortschritt sonst so zugängliche Leitung unserer Volksschulen sich entschließen möge, diese Arbeitszeit, wenn auch zunächst nur in fakultativer Weise, in den Volksschulen einzuführen. Erst dann kann ihre segensreiche Wirkung, die nicht nur den einzelnen Schülern, sondern ganzen Familien, dadurch, daß sie das Wohnen an der Peripherie ermöglicht, zugute kommen soll, sich voll entfalten. Denn die geschlossene Arbeitszeit in Schule und Beruf, Hand in Hand mit guten und billigen Verkehrsmitteln, bedeutet zu einem guten Teil die Lösung der Wohnungsfrage. (Münchn. med. Wochenschrift.)

Darmstadt. Der Großherzog hat aus Anlaß der Taufe des Erbgroßherzogs die Schaffung einer **Zentrale für Säuglingspflege und Mutterschutz** angeordnet und das Ministerium angewiesen, geeignete Vorschläge auszuarbeiten.

Weimar. Der in Leipzig verstorbene Kaufmann Günther Herbst hat der Stadt ein Legat von 55000 Mk. zur Gründung eines **Kinderkrankenhauses** vermacht.

Heidelberg. Der Prof. Dr. Vulpiusschen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt ist eine schöne Stiftung zugewiesen worden. Eine alljährlich zur Verfügung gestellte Summe von 10000 Mk. ist bestimmt zur erleichterten und unentgeltlichen Behandlung unbemittelter Kranker mit orthopädisch-chirurgischen Leiden.

Rom. Dr. L. Concetti wurde zum außerordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Jena), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. NETTER (Pforzheim), Dr. PRÜSSIAN (Wiesbaden), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
Friedenau-Berlin.

XII. Jahrgang. März 1907. Nr. 3.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes. Seite

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Monats-Chronik.

AUVARD, Prof. A., 100 illustrierte Fälle aus der Frauenpraxis. Fürs Deutsche bearbeitet von Dr. A. Rosenau. Mit einem einführenden Vorwort von Prof. F. v. Winckel. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. 12°. [XI, S. 103 Doppels. u. S. 104—113 mit 100, zum Teil farb. Abb.] 1899. geb. M. 6.—.

Für den Praktiker liefert das Buch weitaus mehr, als die meisten Kompendien der Gynäkologie und enthält zugleich in seinen zahlreichen farbigen Abbildungen eine Anleitung der differentiellen Diagnostik, wie sie kompendiöser und klarer und rascher zu überblicken kaum dargestellt werden kann.



DUNG'S aromatisches RHABARBER-ELIXIR

(Elixir Rhei aromatic. Dung), ein angenehm schmeckendes mildes Abführ- und Magenmittel

5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel.

Fabrikation von
Dung's China-Calisaya-Elixir
Freiburg i. B.

Riedels Kraftnahrung
ein unübertreffliches
vollwertiges Nahrungsmittel für
Kinder, Kranke, Genesende u. Schwächliche.
Riedels Kraftnahrung enthält die wirksamen
Bestandteile des Malzes in Verbindung mit
denen des Eigelbs in natürlicher unveränderter Form.
Riedels Kraftnahrung ist ein Pulver von
außerordentlichem Wohlgeschmack
und wird eßlöffelweise in Milch, Kakao, Kaffee,
Suppen, Brei u. s. w. mehrmals täglich
genommen. – Preis M. 1.20 die Dose.
J. D. Riedel, Berlin N. 39.
(gegründet 1814.)

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. März 1907. No. 3.

I. Originalbeiträge.

Über konzentrierte Nährmittel.

Von

S.-R. Dr. **L. Fürst** (Berlin).

Das Streben der Nahrungsmittelindustrie geht in den letzten zwei Jahrzehnten ganz offenbar mehr und mehr dahin, Diätetika zu konstruieren und auf den Markt zu bringen, welche neben den Vorzügen der Sterilität und Haltbarkeit die möglichste Konzentration besitzen. Es ist dies eine Signatura temporis. Im kleinsten Volumen will man dem Kranken oder den Unterernährten den größten Nährwert zuführen. Wären alle diese wohlgemeinten und oft sehr geistreich ersonnenen Präparate tatsächlich für die Ernährung des Menschen brauchbar, wäre zugleich ihr Preis derart, daß jede andere Kalorienzufuhr dagegen verblassen müßte, das Problem der Volksernährung wäre aufs glücklichste gelöst. Leider aber ist dem nicht so. Denn die Albuminate, auf welche gegenwärtig der Schwerpunkt gelegt wird, sind nur bis zu einem gewissen Prozentsatz resorbier- und assimilierbar; selbst wenn die Assimilierbarkeit auf 98 oder selbst 100% berechnet wird, so ist dies eben ein Rechenexempel, welches die Toleranz des menschlichen Organismus ganz außer acht läßt. Infolge dieser Fehlerquelle werden alle Berechnungen der Produzenten an absolut und restlos verdaulichen Eiweißpräparaten über den Haufen geworfen. Denn nicht nur, daß der Darm bloß einen mehr oder weniger großen Teil des betreffenden Präparates aufnimmt, er stößt auch den unverwendbaren Rest unter diarrhoischen Erscheinungen aus. Wird aber trotzdem ein Plus aufgenommen, so bewirkt es anstatt Gewebsansatz Zerfall und Zerstörung eiweißhaltiger Substanzen, sowie Fettschmelzung, kurz, gerade das Gegenteil von dem, was man erreichen wollte. Die konzentrierten Eiweißnährmittel sind also ein zweischneidiges Schwert, sind nur mit einer gewissen Vorsicht und unter besonderen Kautelen verwendbar, können auch, der Natur der Sache nach, nicht das leisten, was der Erfinder von ihnen erwartet.

Immerhin aber sind sie, in passender Dosierung der Nahrung zugesetzt, oftmals von Nutzen.

Hat also die konzentrierte Eiweißzufuhr ihre naturgemäße Einschränkung, so ist dies noch mehr bei einer konzentrierten Fettzufuhr der Fall. Schon aus der Säuglingsernährung wissen wir, daß

eine sehr fettreiche Milch, wie sie z. B. durch die Zentrifuge oder durch Rahmzusatz hergestellt wird, keineswegs einen Überschuß von Fett dem Körper zugute kommen läßt. Vielmehr scheidet der Säugling dies Plus in Gestalt von Fettdiarrhoe wieder aus. Ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn größere Kinder mit Lebertran überfüttert werden. Aber auch kein Erwachsener kann eine zu fettreiche Nahrung, zumal wenn sie nicht emulgiertes Fett enthält, für längere Zeit ververtragen, ohne an Dyspepsie zu erkranken.

Eine dritte Gruppe von Nährsubstanzen, die als konzentrierte Nahrung in Frage kommen könnte, sind die Kohlehydrate, insbesondere die Süßstoffe. Aber auch hier hat sich gezeigt, daß nicht alle die Verwendung als Nährmittel ermöglichen, daß sie vielmehr lediglich die Bedeutung als Genußmittel beanspruchen, also nur in bescheidener Dosis als Zusatz zu Speisen und Getränken verwendet werden dürfen. So ist beispielsweise der Milchzucker, den man rechnerisch als Fettersatz in der Säuglingsernährung zu verwenden meinte, tatsächlich ungeeignet, weil er in größeren Dosen Darmkatarrh verursacht. Der Rohr- (oder richtiger Rüben-)zucker geht im Magendarmkanal Gärungen ein, welche zu Diarrhoe und Dyspepsie führen. Auch die Lävulose (Fruchtzucker) hat sich mehr als Genußmittel bewährt. Einzig und allein die Maltose vermag als konzentrierte Kohlehydratnahrung zu gelten und auch diese nur in der hierfür geeigneten Form.

Seit 3—4 Jahrzehnten hatte man die diätetische Bedeutung des Malzes erkannt. Malzreiche Biere, Extrakte von Sirupskonsistenz, selbst trockene Präparate wurden empfohlen, haben sich aber nicht in der Diätetik fest einbürgern können. Sogar Liebigs genial ausgedachte Malzsuppe teilte dies Schicksal, wenn sie auch neuerdings durch die technischen Fortschritte der Industrie in praktischere Form gebracht worden ist. Erst Dr. Chr. Brunnengräber in Rostock (M.) war es vorbehalten, das reine trocken-kristallinische Malz (Maltokrystol) zu einem konzentrierten Nährmittel für Kinder und Erwachsene auszugestalten und damit die Frage endgültig zu lösen.

Ein namhafter Kliniker, Stadelmann, hat in einer interessanten Studie[1]) über Kohlehydrate im allgemeinen und über Maltokrystol im besonderen auf den Nährwert der Zuckerarten mit aller Entschiedenheit hingewiesen und, da sie restlos verbrennen, sowie Eiweiß und Fett sparen, ihren Vorzug vor den Albumosen in das rechte Licht gesetzt. Daß sie leicht verdaulich, löslich und gut nährend sind, daß sie selbst bei konsumierenden Krankheiten das Kalorienbedürfnis des Körpers decken, sind anerkannte Vorzüge. Aber er hebt auch hervor, daß die Kohlehydrate insofern antiseptisch wirken, als sie die Eiweißfäulnis im Darm hintanhalten. Was nun speziell das Maltokrystol betrifft, so schätzt Stadelmann dessen Nährwert bei 1 Eßlöffel = 60 Kalorien = 1 Hühnerei. Auch A. Wolff[2]) und W. N. Clemm[3]) sprechen sich in hohem Grade günstig über das

[1]) Deutsche Ärzte-Ztg. 1901. 21. „Neuere Nähr- und Genußpräparate."

[2]) Bedeutung der Malzextrakte für die Ernährung. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1902. 19.

[3]) 20. Kongreß für innere Medizin und Wien. klin. Rundsch. 1902. 30. u. 31.

trockene, kristallinische und reine Malz aus, Stimmen, denen ich mich auf Grund eigener Erfahrungen aus den letzten Jahren nur anschließen kann. Schon äußerlich macht das goldigglänzende, lockerkristallinische Präparat einen so appetitlichen Eindruck, daß die schwarzbraunen, sirupösen Extrakte dagegen gar nicht aufkommen können. Der angenehm-würzige Geruch und Geschmack, die leichte Löslichkeit, das Freisein von Gärungen und die große Haltbarkeit sind weitere Vorzüge, welche das Präparat bei alt und jung, bei Kranken, Rekonvaleszenten und den nicht minder diffizilen Kindern rasch beliebt gemacht haben. Da man es in jedem Getränk (Wein, Suppe, Milch, Schleim) nehmen kann, da es ferner ohne weiteres und vollständig assimilierbar ist, also selbst den schwächsten Verdauungsorganen nicht die mindeste Schwierigkeit bereitet, und in ca. 1 Stunde schon zu 70—80% resorbiert ist, so bewährt es sich in der Diätetik Gesunder, Geschwächter und selbst bei zarten Säuglingen ganz vortrefflich. Letzteren gebe ich es auch in den heißen Sommermonaten in Hafer-, Graupen- oder Reisschleim. Schwerkranken und Fiebernden kann man es in einem ähnlichen Menstruum oder in Milch, in Süßwein, in Zuckerwasser, Tee usw. reichen. Ich habe nie gefunden, daß es Widerwillen erzeugt; im Gegenteil wird es wochen- und monatelang gern genommen. Einige Beispiele aus der Zahl der von mir mit Maltokrystol behandelten Fälle mögen hier folgen, um dessen Vorzüge zu illustrieren:

1. Knabe, 8½ Monate. — Diagn.: Atrophie, Tabes meseraica. Anfangs mit Kuhmilch, später mit Semmelbrei ernährt. — Dauer der Behandlung 2 Monate. — Gewicht von 5380 auf 7020 gestiegen.

2. Knabe, 11 Monate. — Diagn.: Atrophie (Mutter Phthis. pulm.) — Dauer der Behandlung 3 Monate. — Gewicht bei der Geburt nur 2500, bei der Behandlung Zunahme von 7010 auf 9100.

3. Mädchen, 1 Jahr 3 Monate. — Diagn.: Abmagerung nach längerem Magen- und Darmkatarrh. Skrophulose. — Dauer der Behandlung 7 Wochen. — Gewichtszunahme von 7630 auf 8990.

4. Mädchen, 6½ Jahr. — Diagn.: Atrophie nach Keuchhusten und Pleuropneumonie. Hepatisation der Lunge. Pleurit. Schwarte. War bis zur Erkrankung vorzüglich genährt. — Dauer der Behandlung 2½ Monate. — Gewichtszunahme von 15,006 auf 16,200.

5. Knabe, 8 Jahre. — Diagn.: Sehr verzögerte Rekonvaleszenz nach Pneumonie und Nephrit. post scarlatinam. War bis zur Erkrankung normal genährt. — Dauer der Behandlung 2—3 Monate. — Gewichtszunahme von 19,055 auf 21,210.

6. Mädchen, 9¼ Jahr. — Diagn.: Dürftige Ernährung. Asomnie, Chorea minor. — Dauer der Behandlung 1½ Monat. Später noch 1 Monat. — Gewichtszunahme von 22,060 auf 23,230.

7. Knabe, 10 Jahre 1 Monat. — Diagn.: Vitium cordis cong. durch Offenbleiben des Foramen ovale. Neigung zu Cyanose. Magerkeit. Körperschwäche. — Dauer der Behandlung ½ Jahr. — Gewichtszunahme von 25,450 auf 26,120.

8. Mädchen, 13 Jahre 6 Monate. — Diagn.: Habitus infant. Ernährung unrationell und dürftig. Ungünstige hereditäre und soziale Verhältnisse. — Dauer der Behandlung 8 Monate. — Gewichtszunahme von 28,550 auf 30,600.

Die Erfolge sind in der Tat auffallend gut. Ernährung und Kräftezustand heben sich, das Gewicht nimmt zu, der Körpergewebszerfall kommt zum Stillstand, die oft bedenklichen Schwäche- und Kollapsanfälle, wie man sie in der Rekonvaleszenz nach schweren In-

fektionskrankheiten beobachten kann, bleiben aus. Auch auf chlorotische, anämische und neurasthenische Zustände hat das Präparat, wie ich mich überzeugen konnte, einen günstigen Einfluß, indem es die Ernährung im allgemein hebt. Diese Wirkung ist nicht zu verwundern, denn das Präparat enthält ca. 93% Kohlehydrate (76,3 Maltose und 16,5 Dextrin) in einer resorbierbaren Form und außerdem 5% leichtverdauliche Eiweißstoffe (Stickstoffsubstanz), etwas — der Gerste eignes — natürliches Organeisen und an Diastase (stärkeverdauendem Enzym) das Doppelte im Vergleich zu anderen Malzpräparaten. Das Maltokrystol ist also nicht nur ein konzentriertes Nährmittel von großer Vollkommenheit, sondern auch infolge seiner Fähigkeit, Stärke in Zucker umzuwandeln, ein echter Glykogenbildner, eine Eigenschaft, die für die Ernährung von Säuglingen und Kranken sehr zu schätzen ist. Denn der Brennstoff, wie ihn z. B. das Brot enthält, wird doch dadurch erst dem Verdauungsprozeß leicht zugänglich, daß die betreffenden Kohlehydrate gelöst werden.

Der Eisengehalt, von dem oben die Rede war, ist allerdings kein hoher. Es lag deshalb nahe, ihn durch einen entsprechenden Zusatz zum Maltokrystol zu steigern, da man mit solchen medikamentösen Zusätzen, wie Chin. ferro-citr., Hopfen, milchphosphorsaurem Kalk usw. gute Erfahrungen gemacht hatte. Was das Eisen betrifft, so hatte Brunnengräber zunächst das von Salkowski angegebene Triferrin ins Auge gefaßt, das phosphorhaltige Eisensalz der Paranucleinsäure. Allein dem Hämol Kobert, das, durch Reduktion aus dem Rinderblute hergestelllt, sich als Blutkörperchenbildner und Hämoglobinvermehrer so sehr bewährt hat, mußte doch der Vorzug gegeben werden. Und so haben wir denn ein Maltokrystol mit Hämol erhalten, welches unter den konzentrierten Nährmitteln zurzeit mit an erster Stelle stehen dürfte, da es alle an ein solches zu stellende Bedingungen auf das glänzendste erfüllt. So gibt es für schwer anämische Stillende und für schlecht genährte Kinder kaum ein wirksameres Diätetikum. Kobert und Cramer[1]) haben sich darüber ausführlicher ausgesprochen. Von den mir gütigst zur Verfügung gestellten Quantitäten des Maltokrystol mit Hämol habe ich ebenfalls in einer kleinen Anzahl von Fällen Gebrauch gemacht und, wie ich voranschicken darf, mit guten Ergebnissen:

1: Knabe, 8 Jahre 4 Monate. — Nach Beginn des Schulbesuches Irritatio cerebri. Nervosität. Abmagerung. Anämie. Schlechter Schlaf. — Dauer der Behandlung 4 Monate. — Chromozyten 2,2 : 3,6 Mill. — Hämoglobin (Messungen mit v. Fleischls Hämometer): 40—52%. — Ernährung recht gut. Schlaf ruhiger. Hirnerregungen seltener.

2. Mädchen, $12^3/_4$ Jahre. — Diagn.: Chlorose. Dürftige Ernährung. Gedunsenes Gesicht. — Dauer der Behandlung $4^1/_2$ Monate. — Chromozyten 3,1 : 3,8. — Hämoglobin 36—48%. — Ernährung normaler. Hydräm. Schwellung besser.

3. Mädchen, $13^1/_2$ Jahre. — Diagn.: Chlorose. Taenia. Dysmenorrhoe. — Dauer der Behandlung 7 Monate. — Chromozyten 2,7 : 3,2. — Hämoglobin 44 bis 55%. — Ernährung sehr befriedigend.

4. Knabe, 14 Jahre. — Verzögerte Rekonvaleszenz nach Dysenterie. Anämie. Unterernährung. — Dauer der Behandlung $2^1/_2$ Monate. — Chromozyten 3,4 : 3,9. — Hämoglobin 48—60%. — Ernährung günstig.

---

[1]) Zeitschrift f. Krankenpflege. 1903. 3.

5. Mädchen, 15 Jahre. — Chron. Arthritis nach akutem Gelenkrheumatismus, Anämie hohen Grades, nach längerem Krankenlager zurückgeblieben. Bedrohliche Abmagerung. — Dauer der Behandlung $3^1/_4$ Monate. — Chromozyten 2,8 : 4,2. — Hämoglobin 46 : 62 %. — Am Schlusse recht wohlgenährt.

Zum Schluß noch eine kurze Bemerkung über Tagesdosis und den Preis, da beides bei einem konzentrierten Diätetikum aus praktischen Gründen sehr wichtig ist. Man gibt Erwachsenen pro die 3—4 Eßlöffel (Kindern je nach dem Alter ebenso viele Dessert- oder Teelöffel). Von dem Maltokrystol kostet $^1/_8$ kg 1 Mk., von dem mit Hämol Kobert versetzten Maltokrystol 1 Mk. 45 Pf., Preise, die, im Verhältnisse zu dem bedeutenden Nährwert, der vollständigen Assimilierbarkeit und der restlosen Ausnutzung als mäßig zu bezeichen sind.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß sich das Maltokrystol von anderen Malzpräparaten dadurch unterscheidet, daß es reicher an Eiweiß, Diastase und Lezithin ist. Es liegt dies weniger an dem verwendeten Rohmaterial, als an der verbesserten Herstellungsmethode. Früher wurde auch bei Brunnengräber die Maische aufgekocht, weil sie hierdurch klar und haltbar werden sollte. Bei der hierzu nötigen hohen Temperatur zersetzten sich aber die Eiweißstoffe und fielen zu Boden, was zwar eine Klärung der überstehenden Flüssigkeit, aber auch eine Zerstörung der nur 65° C. aushaltenden Diastase veranlaßt. Das jetzt eingeführte Verfahren besteht nun, wie ich höre, darin, daß das Malz bei Gegenwart eines indifferenten Gases unter Druck bei einer Temperatur von nur 45—50° C. beständig mit Wasser vermengt wird. Nach einem halbstündigen Stehen fließt die Maische klar ab, wird im Vakuumapparate bei 45° C. eingedickt und auf flachen Tellern bei 30° C. zur Trockne verdampft.

II. Referate.

Dehner, Fremdkörperextraktion aus der Bauchhöhle. (Aus dem städt. Krankenhause Ludwigshafen a. Rh.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.) Der interessante Fall sei vollständig wiedergegeben:

Ein $2^1/_4$ Jahre altes Kind spielte, auf dem Arme der Mutter sitzend, mit einer Zuckerkirsche, welche an einem 7 cm langen, stricknadelstarken Draht befestigt war. Die Mutter, welche beobachtet hatte, daß das Kind Kirsche und Draht verschluckte, brachte das Kind am folgenden Tage zu ihrem Hausarzte, der die übliche Breidiät anordnete. In den ersten Tagen zeigten sich keinerlei stürmische Erscheinungen, insbesondere kein Erbrechen. Am 3. Tage fiel dem behandelnden Arzte und den Eltern die vornübergeneigte Haltung des Kindes beim Gehen auf; gleichzeitig stellte sich eine von Tag zu Tag zunehmende Appetitlosigkeit ein. Die Darmfunktionen blieben normal.

Da nun im Verlaufe von 8 Tagen der Draht per vias naturales nicht abging, die Nahrungsverweigerung jedoch immer mehr zunahm, sandte der behandelnde Arzt mir das Kind zu. Das Kind lag mit im rechten Hüftgelenk leicht flektierten Oberschenkel auf dem Operationstisch; der Versuch, das Bein völlig zu strecken, löste starke Schmerzen aus. Das Abdomen war nicht aufgetrieben und in der rechten Unterbauchgegend nur wenig druckempfindlich; der Palpations- und Perkussionsbefund ergaben keine Anomalien. Das Röntgenskiagramm zeigte

deutlich den 7 cm langen Draht rechts von der Wirbelsäule etwa in der Ileocoekalgegend in vertikaler Lage parallel der Wirbelsäule.

Zur Entfernung des Fremdkörpers eröffnete ich die Bauchhöhle mittels eines Schnittes am lateralen Rande des rechten M. rectus, in der Erwartung, daß der Draht nach seiner Lage auf der photographischen Platte sich im Coecum gefangen habe. Zu meinem Erstaunen fand ich jedoch Coecum und Colon ascendens leer. Nach Auspackung dieses Darmabschnittes fiel mir auf, daß eine Dünndarmschlinge in der Tiefe fixiert war. Beim Betasten derselben fühlte ich hinter der Schlinge Fluktuation. Nun war die Sache klar; der Draht hatte Magen und Jejunum passiert und eine Ileumschlinge perforiert. Zum Glücke waren der Perforation des Drahtes Verklebungen vorangegangen.

Ich schützte die Bauchhöhle durch ausgiebige Tamponade, inzidierte den auf dem M. psoas liegenden Abszeß und extrahierte den Draht. Das Kind machte eine glatte Rekonvaleszenz durch und verließ geheilt nach 6 Wochen das Krankenhaus.

Das Merkwürdige und Interessante an dem Falle ist meines Erachtens die Tatsache, daß ein Kind von $2^1/_4$ Jahren einen starren 7 cm langen Draht ohne Verletzung des Ösophagus geschluckt hat, ferner, daß der Draht den kleinen kindlichen Magen und das Jejunum zu passieren imstande war, um schließlich eine Ileumschlinge zu perforieren.

Grätzer.

Modigliano, Über einen Fremdkörper in den Verdauungswegen eines 9 Monate alten Kindes. (La Pediatria. März 1906.) Das Kind hatte eine 7 cm lange Nadel verschluckt. Die erste Röntgenuntersuchung zeigte den Fremdkörper dicht unterhalb und rechts vom Nabel, eine zweite 34 Stunden später vorgenommene Durchstrahlung zeigte ihn links vom Nabel und weiter unten. 148 Stunden, nachdem sie verschluckt worden war, wurde die Nadel spontan mit dem Stuhlgang entleert.

F.

A. B. Cortés, Koprolith in der Rektalampulle eines Kindes von 11 Monaten. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 28. I. 1906.) Bei dem Kinde war wegen der hochgradigen Abmagerung und Auftreibung des Leibes Tuberkulose angenommen worden. Die Angabe der Mutter, daß die Einführung der Klystierspritze Schwierigkeiten mache, veranlaßte eine Rektaluntersuchung, die einen hühnereigroßen Kotstein ergab. Nur mit Schwierigkeiten gelang seine Verkleinerung und Herausbeförderung mit Hilfe einer Pinzette und einer Haarnadel. Es erfolgte prompte Genesung.

Kaufmann.

Magi Osvaldo, Ein Fall von Eklampsie infolge von Askariden. (Gazz. degl. osped. 1906. Nr. 14.) Ein 6jähriges, bisher völlig gesundes Kind erkrankt plötzlich an klonischen Krämpfen der ganzen rechten Seite, die eine halbe Stunde anhalten, bei völlig intaktem Bewußtsein; nach ihrem Ablauf bleibt eine leichte Parese der rechten Fazialis und der oberen Extremität zurück. Auf Santonin geht ein Askaris ab. Am nächsten Tage tritt ein neuer, 3 Stunden dauernder Anfall auf, mit Glottiskrämpfen verbunden; auf neue Santonindarreichung gehen weitere fünf Askariden ab. Seitdem kein Anfall mehr; die Paresen verschwinden nach 5 Tagen völlig.

Kaufmann.

Sehrt, Über die Askaridenerkrankung der Bauchhöhle. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 51. Heft 13.) Bisher sind 31 Fälle von Spul-

würmern in der Bauchhöhle mitgeteilt worden. Der in der Freiburger Klinik zur Beobachtung gekommene Fall betrifft eine Frau, die plötzlich mit starken Schmerzen in der Magengegend und der rechten Unterbauchseite erkrankte und in der Folgezeit immer mehr abmagerte. Nach einigen Wochen war oberhalb des Nabels ein Tumor zu konstatieren. Es wurde ein Magenkarzinom angenommen, bei der Operation stellte sich jedoch heraus, daß der Tumor aus bindegewebigen Massen bestand, in dessen Innern mehrere mit Eiter gefüllte Hohlräume sowie Reste eines Askaris gefunden wurden. Im Eiter sowie im Tumorgewebe fanden sich große Mengen von Askarideneiern. Auf der Magenserosa sowie der Serosa der Leber befanden sich zahlreiche miliare Knötchen, die alle ein zentralgelegenes Askarisei aufwiesen, meist eingeschlossen in den Leib einer mächtigen Riesenzelle.

St. hält es für wahrscheinlich, daß zunächst eine Epityphlitis mit Perforation des Wurmfortsatzes vorgelegen, wobei ein Askaris ausgetreten ist und dann im kleinen Netz gleich einem Fremdkörper eingekapselt wurde, nachdem er vorher unzählige Eier abgegeben, die durch die Darmperistaltik in die nähere Umgebung verschleppt wurden.

Ewald (Heidelberg).

M. A. Rabetz, Entleerung von Askariden durch eine penetrierende Wunde der Bauchwand und des Dünndarmes. (Semaine médicale. 1906. Nr. 39.) Die dem 4 jährigen Knaben durch einen Kuhhornstoß beigebrachte Wunde saß $1^1/_2$ cm nach außen vom äußeren Rand des Musculus rectus und $2^1/_2$ cm oberhalb des rechten Poupartischen Bandes und war durch eine prolabierte Dünndarmschlinge verlegt. Bei der Reposition des Darmes wurde ein Riß in dem Darmstück gefunden, der mit zwei Nähten geschlossen wurde, worauf man nach Mikulicz tamponierte. Bei dem nach einigen Tagen vorgenommenen Verbandwechsel zeigte sich eine kleine Fistel zwischen Bauchwand und Darm. 8 Tage nach der Operation entdeckte man unter dem Verband eine 11 cm lange Askaride, der in den nächsten 20 Tagen noch vier weitere folgten, die alle ihren Weg durch die Fistel genommen hatten. Eine Askaride war auch mit dem Stuhl abgegangen. Unter Santoningaben entleerte der Knabe durch die Fistel noch drei Würmer, mit dem Stuhle noch fünf. Darauf kein weiterer Abgang. Die Fistel war bis auf eine stecknadelkopfgroße Öffnung vernarbt, als der Knabe das Krankenhaus verließ.

H. Netter.

Siebenmann, Ein musikalisches Kinderspielzeug als Fremdkörper in der Speiseröhre. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 23.) Es handelt sich um Blechpfeifen von Linsenform, welche hohl und im Zentrum durchbohrt sind, einen Durchmesser von 24 mm und eine Dicke von 6 mm besitzen. Zwei Kinder verschluckten dieses Spielzeug. Ein 6 jähriges Kind brachte es nach einer Kartoffelkur per anum wieder heraus, bei einem 5 jährigen blieb es zwischen der ersten und zweiten physiologischen Verengerung der Speiseröhre stecken. S. schildert diesen Fall wie folgt:

„Da auffälligerweise das Kind anfänglich wenigstens flüssige und breiige Nahrung anstandslos schlucken konnte, glaubten die Angehörigen und der Hausarzt, daß der Fremdkörper den Ösophagus passiert habe und daß kaum eine

weitere Gefahr vorliege. Gegen Ende der ersten Woche fing das Kind aber an über Schmerzen beim Schlucken zu klagen und andere als flüssige Nahrung zu verweigern. Dem hiesigen Kinderspital zugewiesen zu einer Röntgenuntersuchung, zeigte der Patient die überraschende Erscheinung, daß eine dünnere Sonde den Ösophagus anstandslos bis in den Magen passierte, daß aber das Röntgenbild, von dem ich damals eine Kopie herumreichte, in der Gegend des Manubrium sterni — also zwischen Ringknorpel- und Bronchushöhe — einen abnormen großen runden Schatten mit hellem Zentrum aufwies. Ohne Verzug sandte nun Prof. Hagenbach uns das Kind zu und zugleich übermittelte Dr. Hosch, welcher den Patienten begleitete, uns auch die Röntgenplatte. In Übereinstimmung mit dem Aussehen derselben stieß eine Olivensonde von 10—12 mm Durchmesser in einer Tiefe von 16 cm auf einen festen harten Widerstand. Eine in Narkose vorgenommene Röhrenuntersuchung stellte fest, daß der linsenförmige Fremdkörper in granulierendes Gewebe eingebettet war und seine Breitseiten ziemlich direkt nach vorn bzw. nach hinten richtete. Ein Extraktionsversuch mit dem Münzenfänger mißlang, da die obere scharfe Kante der Pfeife beim Anziehen in die Mucosa der dem Münzenfänger gegenüberliegenden Ösophaguswand derart hineingehebelt und hineingepreßt wurde, daß letztere wulstig vortrat und ein Hinaufrücken des Fremdkörpers absolut verhinderte. Bei einem weitern Anziehen hätte man riskieren müssen, die Schleimhaut hier quer durchzureißen. Wir stießen also den Münzenfänger zurück, drehten ihn um etwa 45 Grade und konnten ihn glücklich auf diese Weise am Fremdkörper vorbei leer wieder herausziehen. Die nachfolgende Zangenextraktion unter Leitung des starren Schlundrohres und des Spiegels gelang anstandslos. Immerhin trat sofort etwas Blutung und eine schmerzhafte emphysematöse Schwellung der vorderen Halsgegend auf, welche sicher der Anwendung des Münzenfängers auf Rechnung gesetzt werden muß. Schon am nämlichen Abend trat Fieber ein; am nächsten Tage blieb die Temperatur auf 38,5—39,5 stehen und fiel am 3. Tage bleibend unter 37°, das Emphysem aber war schon am 2. Tage spurlos verschwunden. Nach der Operation und an den folgenden Tagen war nur Milch mit Bismutwasser verabfolgt worden; erst acht Tage nach der Extraktion genoß das Kind wieder Brei, eingeweichtes Brot usw. und wurde am 9. Tage geheilt nach Hause entlassen.

Auch dieser Fall lehrt, daß der Münzenfänger auch für die Extraktion von münzenförmigen Fremdkörpern ein gefährliches Instrument ist und wo immer möglich ersetzt werden soll durch Zangen und stumpfe Haken, welche durch das Rosenheimsche starre Ösophagoskop bei Spiegelbeleuchtung einzuführen sind. Grätzer.

Kan, Fremdkörper (eine geöffnete Sicherheitsnadel) im Schluckdarm von einem Kinde von 11 Monaten. (Ned. Tydschrift von Geneeskunde. 1906. Bd. II. S. 307.) Durch Laryngoskopie wurde konstatiert, daß der obere Teil des Verschlusses einer Sicherheitsnadel sich hinter dem Larynx befand. Die Radiographie ergab, daß die Nadel geöffnet war, und die Lage der Spitze. Die Extraktion gelang mit der Zange von Jurasz. Graanboom.

Kan, Fremdkörper im rechten Bronchus, entfernt mit Hilfe des Bronchoskopes. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. I. S. 318.) In der Sitzung des Vereins von Niederl. Halsärzten berichtete K. über folgenden Fall. Ein Mädchen von 2 Jahren hat vor 2 Tagen eine Bohne aspiriert. Allmählich entsteht Beklemmung auf der Brust; Atmung frei in sitzender Haltung. Beim Liegen und bei nach hinten gebeugtem Kopfe entsteht heftige Asphyxie. An der rechten Lunge deutliche perkutorische und auskultatorische Abweichungen. Tracheotomie. Ein Bronchoskop von 15 cm Länge und 9,5 cm Durchmesser wird durch die Tracheotomiewunde eingebracht. Es zeigt sich dann, daß die Bohne den Eintritt zum rechten Bron-

chus vollständig verstopft. Nach einmaligem Mißlingen glückte es, vermittelst eines scharfen Hakens, die Bohne zu fixieren und zugleich mit dem Bronchoskop zu extrahieren. Vollständige Heilung.

Graanboom.

Kan, Ein Kieselsteinchen im Bronchus des linken Oberlappens. (Ibid. S. 612.) Bei einem Kinde von 3 Jahren, das den vorigen Tag ein Kieselsteinchen verschluckte, traten an den folgenden und den nächstfolgenden Tagen Anfälle von Dyspnoe so heftig auf, daß ein Ersticken befürchtet wurde, welche jedoch spontan wieder vorübergingen.

Im linken Oberlappen fehlte das Atmungsgeräusch. Röntgenphoto ohne Erfolg.

Nach Tracheotomie wurde die Bronchoscopia inferior ausgeführt. Durch die Tracheotomiewunde wurde nun sondiert und so wurde das Steinchen im linken Hauptbronchus gefühlt. Das Einführen des dünnsten Bronchoskops von Killian gelang, weil die Trachea in casu abnorm eng war, nur bis an die Bifurkation der Trachea. Es wurde nun ein Nasenspeculum von Hartmann in den Trachealkanal eingeführt, und erst jetzt gelang es, den Hauptbronchus zu übersehen und konnte die Lage des Steinchens festgestellt werden. Die Extraktion gelang nun mit einer dünnen stumpfen Sonde, welche an ihrem Ende geradwinklig umgebogen war. Die Maße des Steinchens waren 10, 7,5 und 5 mm.

Graanboom.

Viktor Lieblein, Lungenatelektase im Röntgenbild. (Beitr. z. klin. Chir. 52.) Es werden drei Fälle von aspiriertem Fremdkörper (Bohne) bei Kindern von 3, $3^1/_2$ und 4 Jahren mitgeteilt, die alle einige Stunden nach der Aspiration in der Prager Klinik zur Operation kamen. Bei allen ergab das Röntgenbild entsprechend dem verlegten Lungenbezirk (1 mal Unterlappen, 2 mal ein ganzer Lungenflügel) einen tiefen Schatten als Ausdruck der Atelektase. Es wurde immer die Tracheotomia inf. gemacht und durch diese mittels Kornzange der Fremdkörper aus dem Bronchus entfernt; darauf wurde eine Trachealkanüle eingeführt. Das eine Kind ging bald an Mediastinalemphysem zugrunde, die beiden anderen waren in kurzer Zeit geheilt. Das nach einigen Tagen aufgenommene Röntgenbild des Thorax ergab wieder normale Verhältnisse.

Ewald (Heidelberg).

H. Ziablow, Ein Fall von Verschlucken eines Nagels. (Beilage der St. Petersb. medizin. Wochenschr. 1906. Nr. 25.) Das 4jährige Kind verschluckte einen Hufnagel, der 4 Tage später per vias naturales abging, ohne daß das Kind die ganze Zeit über Beschwerden oder größere Schmerzen geklagt hätte. Länge des Nagels 5,5 cm, Kopf 1 cm im Durchmesser.

H. Netter (Pforzheim).

Lafitte-Dupont und **Rocher,** Obere Bronchoskopieextraktion eines Pflaumenkerns aus dem rechten Bronchus. (Gaz. hebdom. de Bordeaux. 1906. 12. Nov.) Erfolgreiche Entfernung des Fremdkörpers am 33. Tag bei einem 9jährigen Kinde nach der Kilianschen Methode, nachdem in diesem Fall die Radioskopie versagt hatte. Der ganze Eingriff nahm nicht mehr als 2 Minuten in Anspruch.

H. Netter (Pforzheim).

Grosglick (Warschau), Ein Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Blase. (Monatsber. f. Urologie. Bd. XI. Heft 10.) G. zertrümmerte das abgebrochene Endstück eines Nelatonkatheters mit dem Lithotriptor. Er zieht die Lithotripsie der Cystotomie bei Entfernung von Steinen und Fremdkörpern der Blase wegen der Einfachheit und Sicherheit vor. Er hebt besonders den sehr kurzen postoperativen Verlauf hervor und das Fehlen von Komplikationen, Fisteln, gestörter Wundheilung usw., wie sie oft bei der Cystotomie auftreten. James O. Wentzel (Zittau).

W. Zangemeister, Über Malakoplakie der Harnblase. (Aus der Universitäts-Frauenklinik Königsberg.) (Centralbl. f. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane. Bd. XVII. Heft 9.) Seit 8 Wochen vermehrter Harndrang. Die Miktionen erfolgen alle 2—4 Stunden, nachts einmal. Beim Urinieren stechende Schmerzen. Urin stark diffus und flockig getrübt, von saurer Reaktion; enthält massenhaft Leukozyten, wenig Blasenepithelien, Streptokokken und Bacterium coli. Die Blase faßt 200 ccm. Cystoskopisch findet man zahlreiche, breiten Kondylomen vergleichbare, etwas erhabene gelbliche Herde, die teils isoliert liegen, teils zu größeren Plaques konfluieren. Die Oberfläche dieser Stellen ist matt uneben, etwas zerfetzt, mit Schleim belegt und von kleinen Hämorrhagien mit zellenartiger zentraler Einsenkung bedeckt, von 5—10 mm Größe und ca. 1 m Höhe. Die Stellen sitzen am spärlichsten im Fundus und Vertex der Blase. Eisenhaltige Zelleinschlüsse (Michael und Guttmann) konnte Z. nicht nachweisen. Dagegen fand Z. im frischen, mit der Küvette entnommenen Sedimente einzelne größere Zellen, welche stark lichtbrechende, meist etwas polygonale Zelleinschlüsse enthielten, an welchen bei bestimmter Beleuchtung die doppelte Kontur auffiel. Sie ließen sich nach Fixation mit Ferrocyankalium und Salzsäure blau färben. Zum Teil waren die Einschlüsse sehr klein, von der Größe großer Granula, zum Teil erreichten sie die Größe eines Zellkernes. In mehreren derartigen, zumeist rundlichen Zellen waren zwei Kerne. Ein farbiges zystoskopisches Bild veranschaulicht dieses typische Bild. — Als Ursache dieser, schon bei einem 8jährigen Kinde beobachteten Erkrankung nimmt Z. einen chronischen zystischen Prozeß an. Blasenspülungen blieben ohne Erfolg. James O. Wentzel (Zittau).

L. Suarez (Buenos Aires), Zysten der Blasenschleimhaut. (Monatsberichte f. Urologie. Bd. XI. Heft 10.) S. beobachtete 2 Fälle von Hämaturie, bei denen die Cystoskopie eine Reihe von Emineszenzen ergab, teils erbsengroß, teils kleiner, mit wenig durchsichtigem Inhalt, die in ihrem Aussehen an Perlen erinnerten. Eins dieser Bläschen platzte gerade in dem Moment, als es speziell beobachtet wurde. Aus dem Innern entleerte sich eine trübe sanguinolente Flüssigkeit. Behandlung mit Argt. nitr. Spülungen und Instillationen waren in dem einen Falle von Nutzen, in dem anderen Falle blieb das cystoskopische Bild unverändert, aber Patient wurde subjektiv gesund. S. kommt auf Grund der klinischen Beobachtung und Weiterbeobachtung der entlassenen Patienten zu folgenden Schlüssen: 1. Zysten der Blasenschleimhaut stellen eine Erkrankung

von langsamem und gutartigem Verlaufe dar, und 2. man kann diese Zysten weder als entzündliche noch als neoplastische Prozesse betrachten.
James O. Wentzel (Zittau).

Lorey, Über Dilatation des Blasenendes eines Ureters mit zystenartiger Vorwölbung in der Harnblase. (Centralbl. f. path. Anat. u. allgem. Path. 1906. Bd. XVII. Nr. 15.) L. teilt 3 Fälle dieser seltenen Abnormität mit, die symptomlos im Leben bestanden hatten und sich bei einem 61 jährigen Manne, einen 1 jährigem Kinde und einem 21 jährigem Mädchen gefunden hatten. In den beiden letzten Fällen fanden sich doppelte Ureteren auf der betreffenden Seite. Die Genese der Zysten, die sich von den stark dilatierten Ureteren ausfüllen ließen, ist unklar; entweder handelt es sich um Mißbildungen, wofür der Befund anderer Abnormitäten an denselben Individuen spricht, oder nur durch fötale bzw. postfötale Entzündungen entstandene Verlegungen der Ureter. Gemeinsam ist den Cysten, daß sie außen mit Harnblasen-, innen mit Ureterepithel ausgekleidet sind, wozwischen sich Bindegewebe und in einem Falle glatte Muskulatur fand.
Bennecke (Jena).

Giani, Neuer experimenteller Beitrag zur Entstehung der „Cystitis cystica“. (Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. XVII. Nr. 22.) In Fortsetzung früherer Befunde über das vorliegende Thema teilt G. die histologischen Beobachtungen mit, die er an Kaninchenharnblasen, die er durch Abschaben des Epithels beraubt hatte, machen konnte. Die Regeneration des Epithels geht danach von Epithelresten aus, die trotz sorgfältigen Arbeitens stehen geblieben waren. Wie in den chronisch gereizten Harnblasen bilden sich zunächst auch hier solide Epithelsprossen, die dann durch zentralen Zerfall zu Zysten werden; diese rücken im Laufe von 3 bis 4 Monaten langsam an die Oberfläche, öffnen sich durch weiteren, oberflächlichen Zerfall und verschwinden auf diese Weise spurlos, so daß nach dieser Zeit das Epithel keinerlei Veränderungen mehr erkennen läßt. In einem Falle von Prostatahypertrophie, der lange und oft katheterisiert wurde, fanden sich ganz ähnliche Bilder.
Bennecke (Jena).

P. Herescu (Bukarest), Über die traumatischen Strikturen der Urethra. (Spitalul. 1906. Nr. 10.) Eine häufige Entstehungsursache von Verletzungen der Harnröhre ist durch das Fallen in Reitsitz auf einen harten Gegenstand gegeben. Meist besteht unmittelbar hierauf Harnverhaltung, doch ist es ein großer Fehler, durch Sondierung derselben abhelfen zu wollen, da hierdurch die meist gerissene Urethra noch weiteren Verletzungen ausgesetzt wird. Höchstens versuche man eine filiforme Bougie durchzubringen, andererseits durch lauwarme Sitzbäder, Klysmen, Brom und sonstige kalmierende Medikation natürliche Harnentleerung zu bewirken. Sowie eine filiforme Bougie durchgegangen ist, soll der chirurgische Eingriff gemacht werden, da jede Urethralruptur zur Bildung von Strikturen Veranlassung gibt. Man schneidet die lädierten Teile aus und näht die gesunden Harnröhrenenden aneinander, worauf für etwa 2 Wochen

eine Verweilsonde eingelegt wird. H. gibt die Krankengeschichte eines 14jährigen Knaben, der durch Auffallen auf eine Zaunlatte sich in dieser Weise verletzt hatte und den er nach einigen Wochen, wegen der gebildeten Strikturen, mit gutem Erfolge auf diese Weise operiert hat. E. Toff (Braila).

Ernö Deutsch, Über die Zirkumzision. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 45, 46, 47.) Verf. stellt sich auf den Standpunkt Tillaux, der von der Zirkumzision folgende Meinung äußert: „Comme opération enfin quelquefois nécessaire, toujours utile." Er verdammt die Richtung einzelner Modernen, die gegen diesen rituellen Eingriff Front machen. Durch Weglassung der „Periah" und „Metsitsa", bei aseptischer Durchführung, nach Aufnahme einer pünktlichen Anamnese kann die Beschneidung nur nutzbringend sein. In 13 Kapiteln wird das große wissenschaftliche Material durch D. besprochen.

I. In diesem Abschnitt ist die Beschneidung bei den Hebräern abgehandelt. Von Abraham bis zu Jesus wird die Rolle der Zirkum-

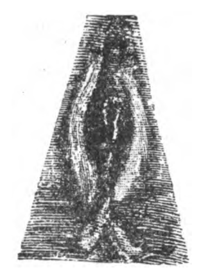


Fig. 1.

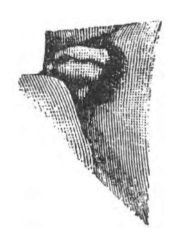


Fig. 2.

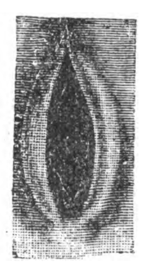


Fig. 3.

zision im Alten Testament besprochen. Interessant der Gegensatz zwischen den Aposteln Peter und Paul. Eingehend wird der „Epispasmus" gewürdigt.

Im II. Kapitel wird die Beschneidung anderer orientalischer Völker kritisch beleuchtet. Im folgenden Abschnitte werden einzelne phantastische Gebräuche geschildert, unter den vielen sei nur der „Mika" der Australier gedacht; bei diesen Völkern wird nicht nur das Präputium entfernt, sondern das Glied bis zum Skrotum gespalten.

Die vom ärztlichen Standpunkte durchgeführte Beschneidung wird im nächsten Kapitel besprochen (Josephus Flavius: „Centra Apicuem" usw.).

Im Abschnitte V und VI wird die Beschneidung und die Infibulation der Mädchen und Frauen beschrieben. Die Zirkumzision der großen Schamlippen wurde wahrscheinlich ihrer Hypertrophie halber angewendet. Von der Infibulation bemerkt Cailliaud überaus richtig: „Inventèes par le despotisme du sexe le plus fort." Fig. 1 zeigt eine beschnittene skoptische Frau; Fig. 2 eine infibulierte Nubierin; Fig. 3 eine früher infibulierte und wieder aufgeschnittene Sudanesin.

Im VII. Kapitel wird die Tendenz des Eingriffes besprochen. Ob hygienisch, ob „signum politicum" ist unentschieden. Die hygie-

nische und prophylaktische Wichtigkeit der Zircumzision bespricht Abschnitt VIII. Interessant ist, daß Rosenzweig und Caparède

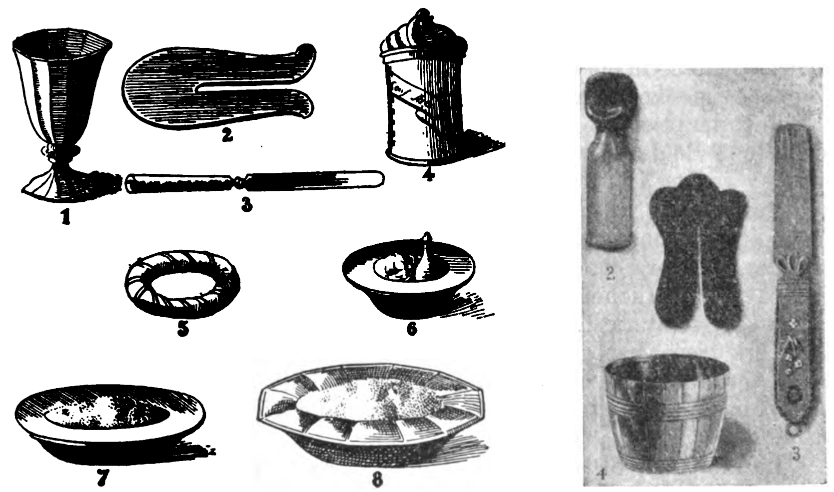


Fig. 4. Fig. 5.

für die zwangsweise Durchführung bei den Soldaten plädierten.

Die Indikationen und Kontraindikationen werden in den folgenden zwei Kapiteln kritisch beleuchtet. Phimose und Paraphimose werden im IX., die Hämophilie im X. Abschnitt besonders eingehend gewürdigt.

Die Technik der rituellen Beschneidung finden wir im XI. Kapitel; das Instrumentarium auf den Figg. 4, 5, 6; die scharfe Kritik kasuistisch beleuchtet im folgenden Abschnitte. „Periah“ und „Metschitscha“ sind barbarisch und zwecklos. Verf. beschreibt zwei im Hospital Prof. von Bokays beobachtete Fälle von tuberkulöser, von einem Mohel stammender Infektion. Im XIII. Kapitel wird die entsprechende Schulung der Beschneider gefordert.

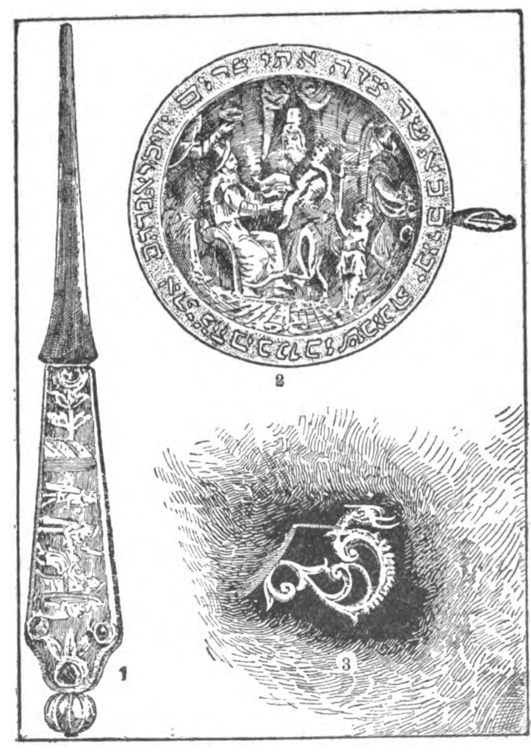


Fig. 6.

Autoreferat Deutsch (Budapest).

Arthur Weinstein, Über eine seltene Mißbildung am Urogenitalapparat. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 3.) Ein 5jähriger Knabe erkrankte unter Erscheinungen, die zur Diagnose Bauchfelltuberkulose führten. Bei der Probelaparotomie, die wegen einiger Unsicherheiten in der Diagnose ausgeführt wurde, wurde diese in „doppelseitige kongenitale Zystennieren" umgewandelt.

Bei der Sektion fand sich, daß es sich um eine Mißbildung handelte. Beide Nierenbecken und Ureteren sind stark zystisch erweitert; rechts ist ein doppelter Ureter vorhanden, deren einer als bindegewebiger Strang am oberen Nierenpole entspringt. In der Blase findet sich eine walnußgroße Zyste mit dünner Wand, die sich von der Urethra nach dem erwähnten rechtsseitigen Nebenureter, nicht den eigentlichen Ureteren aus füllen läßt. Die Muskulatur der Harnblase ist stark hypertrophisch. Die Zyste in der Blase ließ sich nicht erklären, hat aber mit dem Sinus prostaticus, der wohlausgebildet vorhanden war, nichts zu tun; jedenfalls ist die Zyste die Ursache für die Erweiterung der Ureteren und Nierenbecken.

Bennecke (Jena).

Lanz, Der ektopische Hoden. (Ned. Tydschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. I. S. 1097.) Die wahre Ectopia testis s. s. soll außerordentlich selten sein. Es sind in der Regel Fälle von Retentio testis, die mit dem Namen Ectopia testis angedeutet sind. So fand sich auch unter 63 operierten Fällen nur 1 Fall wahrer Ectopie. L. berichtet nun über seine Erfahrungen bei 63 Operierten. In der Mehrzahl der Fälle war der Processus vaginalis noch offen. Bei Erwachsenen war die Retention gewöhnlich begleitet von Atrophie des Hodens. Makroskopisch zeigte sich stets, daß die Epidermis relativ größer war als normal und daß sie nicht, wie die Helmraupe, flach auf dem Hoden gelagert war, doch daß sie stets 2 cm vom Hoden entfernt war. Es wurde 45 mal Orchidopexie, 15 mal Castratio gemacht. Die mikroskopische Untersuchung des kastrierten Hodens zeigte immer pathologisch-anatomische Veränderungen im Hoden: die Tunica albuginea ist stets verdickt, das interlobuläre Bindegewebe hypertrophisch, die Samenkanälchen haben in den meisten Fällen verdickte Basalmembran und kein Lumen; gut erwachsene Spermatozoen konnten niemals gefunden werden.

Die meisten Fälle von Ectopie waren interstitial und inguinal; $^3/_4$ der Fälle waren rechtsseitig.

Für die Kenntnisse der Ätiologie ist von Bedeutung, daß L. das Gubernaculum Hunteri immer normal entwickelt fand, und die Länge des Vas deferens und der Gefäße auch normal war. L. ist der Meinung, daß ein in seiner Entwickelung zurückgebliebener Hoden die primäre Ursache des Leidens ist, und daß als Folge davon der Impuls zum Descensus fehlt. Vielleicht kommt noch die genannte abnorme Beziehung zwischen Epiderm und Hoden als erschwerendes Moment für den Descensus dazu. L. hält es nicht für unwahrscheinlich, daß der retinierte Hoden in vielen Fällen doch noch spermatogenetische Funktion beibehalten hat. Nichtsdestoweniger ist er doch der Ansicht, daß der Testikel, welcher gegen die Pubertät noch nicht auf der normalen Stelle ist, nicht funktionsfähig sei.

Was die therapeutische Indikation anbetrifft, meint L., daß bei dem Alter vor 5 Jahren nicht operiert werden soll; von 5—15 Jahren ist die Orchidopexie, nach diesem Alter die Kastration indiziert. L. ist sehr gegen das Tragen eines Bruchbandes, auch eines Bandes mit gabelförmiger Pelotte.

Zum Schluß beschreibt L. über eine neue durch ihn angegebene Methode von Orchidopexie. Graanboom.

Schönholzer, Über Kryptorchismus. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 49.) Es werden die 42 Fälle besprochen, die in den letzten 20 Jahren in der Krönleinschen Klinik zur Beobachtung und meist wegen der begleitenden kongenitalen Hernie zur Operation kamen. Der Kryptorchismus ist meist einseitig und ist immer mit Atrophie des Hodens verbunden. Häufig wurde eine Torsion des Samenstranges beobachtet, während maligne Degeneration des retinierten Hodens nur einmal vorkam. Bei der Operation wurde 13 mal die Kastration vorgenommen, 3 mal die Orchidopexie (die aber schlechte Resultate gab), 17 mal wurde der Hode innerhalb der Bauchdecken in das peritoneale Gewebe verlagert. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

R. de Gaulejac, La secretion interne du testicule dans l'ectopie de cet organe. (La presse médicale. 1906. Nr. 53. S. 423.) Die spermatische Insuffizienz, welche sich bis zur Aspermie steigern kann, ist ein klarer Beweis, daß durch die Dislokation schwere Veränderungen in der männlichen Geschlechtsdrüse Platz greifen. Kein Wunder also, daß auch die innere Sekretion dieser Drüse eine tiefe Störung erfahren kann, die sich dann auf den ganzen Organismus zurückerstreckt.

Der Verf. hat Gelegenheit gehabt, eine Anzahl von Soldaten mit Kryptorchismus zu untersuchen und gefunden, daß die meisten eine Anzahl von Merkmalen aufweisen, wie man sie bei Kastraten zu finden gewohnt ist, wie z. B. spärlicher Haarwuchs, übermäßige Fettentwicklung, lange Beine, wenig entwickelte Intelligenz, kleiner Penis usw.

Da die betreffenden Veränderungen hauptsächlich zur Zeit der Pubertät in Erscheinung treten, so wäre es von Wichtigkeit, in allen Fällen von Kryptorchismus das Herunterbringen und Fixieren des verlagerten Hodens am rechten Platze vor der Pubertät durchzuführen.
E. Toff (Braila).

Vielliard et **Le Mée** (Paris), Oblitération congénitale de l'oesophage. (Revue mens. des malad. de l'enf. Décembre 1906.) Angeborene Obliterationen der Speiseröhre sind nicht allzu selten, gehören aber nicht zu den alltäglichen Vorkommnissen, so daß nicht immer die richtige Diagnose gestellt wird. Die Verff. hatten Gelegenheit, einen solchen Fall in der Abteilung von Guinon zu beobachten. Das betreffende, 3 tägige, gut entwickelte Kind bekam, so oft es zu säugen versuchte, einen Erstickungsanfall, und wurde das Genossene nach einigen Sekunden erbrochen. Durch die Sonde wurde eine totale Obliteration des Ösophagus festgestellt und die Gastrostomie vorgenommen. Nichtsdestoweniger starb das Kind am 2. Tage, obwohl durch die künstliche Magenöffnung zu wiederholten Malen Milch eingeflößt wurde. Die Sektion zeigte, daß die Speiseröhre in ihrem

oberen Teile nur bis etwa 3 cm unterhalb der Kehlkopföffnung reichte und dort ampullenförmig endete. Ein 3 mm langes und 2 mm breites bindegewebiges Ligament verband das untere Ende mit der Luftröhre. Das gastrale Ende der Speiseröhre mündete in die Trachea, etwas oberhalb der Teilungsstelle derselben.

Die erwähnte Anordnung ist für die angeborene Ösophagusobliteration charakteristisch und wird fast immer vorgefunden, so daß man bei Feststellung derselben bereits auf das Vorhandensein einer Verbindung der unteren Ösophagushälfte mit der Luftröhre schließen kann.

Die einzige Behandlung, welche zu versuchen wäre, ist die Vornahme einer Gastrostomie, doch ist in keinem einzigen der derart operierten Fälle eine Verlängerung des Lebens über wenige Tage erzielt worden. E. Toff (Braila).

J. Tuixans, Angeborener Nasenverschluß. (La Med. de los niños. Februar 1906.) In den seltenen Falle handelte es sich um ein 4 monatliches Kind, bei dem durch eine Verdickung des Scheidewandknorpels beide Naseneingänge vollständig verschlossen waren.
Kaufmann.

E. Monnier, Über einen Fall von sogenannter Medianspalte. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 49. Jubiläumsband f. Krönlein.) Das 2 tägige Kind blieb 5 Wochen lang am Leben und hatte alle für die Medianspalte charakteristischen Nebenerscheinungen: neben dem Fehlen des Filtrums und des Zwischenkiefers Defekt des Vomers, Anomalien der Siebbeinplatten, Fehlen des Tractus und Nervus olfactorius, Verwachsensein der Stirnlappen und weitere Veränderungen des Gehirns. Als Ursache wird Druck der Amnionkappe auf den primitiven Schädel angenommen. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

A. Sippel (Frankfurt a. M.), Eine Serie mißbildeter Knaben von einem Elternpaar. (Centralblatt f. Gynäkologie. 1906. Nr. 15.)

Gesunder kräftiger Mann erzeugte in erster Ehe 5 Knaben und 7 Mädchen, sämtlich wohlgebildet und gesund. Nach dem Tode der Frau verheiratete sich der Mann mit deren Schwester, einer ebenfalls gesunden Frau. In dieser zweiten Ehe wurden erzeugt zunächst 1 Mädchen, dann 4 Knaben und zum Schluß noch 2 Mädchen. Die Mädchen alle wohlgebildet und gesund, die Knaben sämtlich mit Anomalien behaftet. Der erste hatte eine Spina bifida, an der er zugrunde ging, der zweite hatte eine persistierende Thymus und erstickte bald nach der Geburt, der dritte kam schon tot zur Welt, der vierte wurde mit Myxödem geboren und wurde idiotisch.

Also der Mann erzeugte mit einer Frau gesunde Knaben und Mädchen, mit der zweiten gesunde Mädchen, aber nur abnorme Knaben. Es muß hier eine mütterliche Einwirkung vorliegen, die aber ausschließlich und regelmäßig bei denjenigen Ovulis zustande kam, aus denen sich Knaben entwickelten. Man kann da ja einen Zufall nicht ganz ausschließen, eher aber muß man annehmen, daß hier etwas Gesetzmäßiges im Spiele ist, dem man vielleicht später auf den Grund kommen wird. Grätzer.

Ernst Schwalbe, Über einen durch Operation gewonnenen Epigastrius parasiticus nebst Bemerkungen über die Bedeutung derartiger Mißbildungen für die Entwicklungs-

mechanik und allgemeine Biologie. (Centralbl. f. allgem. Path. u. path. Anat. Bd. 17. Nr. 6.) Bei einem 11 Wochen alten Kinde fand sich der in der Überschrift angegebene Parasit, an dem Teile der oberen Extremitäten, des Rumpfes und relativ gut entwickelte Unterextremitäten vorhanden waren. Im Röntgenbilde konnten namentlich gut entwickelte Beckenknochen und Knochen der unteren Extremität nachgewiesen werden. Der Parasit saß zwischen Proc. xiphoideus und Nabel und wurde operativ entfernt, weil sich an ihm eine eitrige Entzündung entwickelt hatte, die das Wohlbefinden des Wirtes stark schädigte. Tod kurz nach der Operation. Es fand sich, daß die Extremitätenmuskulatur nicht vorhanden war, daß die Bauchhöhlen weit miteinander kommunizierten, ohne jedoch in organischem Zusammenhange zu stehen. Der einzige organische Zusammenhang bestand darin, daß der Wirt Hautnerven an den Parasiten abgab. — Am Schlusse bespricht S. die Frage der Selbstdifferenzierung der Organe, wozu das Fehlen der Muskulatur der unteren Extremitäten Anlaß gab.

Bennecke (Jena).

Dietrich, Demonstration einer Mißbildung (Paracephalus amelus macrocardius heteromorphus). (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Die 17 : 11 : 10 cm messende Mißbildung wurde $^1/_2$ Stunde nach einem normal entwickelten Kinde geboren. Sie stellte sich als ein nierenförmiger Körper dar, der eine Andeutung von Gesicht, eine Analanlage und Nabel erkennen ließ. An Organen fand sich ein auffallend gut entwickeltes Herz und arterielles Gefäßsystem, während ein Nervensystem fehlte; ferner eine Niere und eine Anzahl Darmschlingen, sowie Rudimente von Gehirn. Die Entstehung wird durch eine Verbildung innerer Organe, besonders der Leber, Milz und des Darmes erklärt, wodurch es zu Zirkulationshindernissen kommt.

Bennecke (Jena).

Dervaux, Spina bifida ouvert, opéré le troisième jour après la rupture, chez une petite fille de dix jours. (Archives de méd. des enfant. Octobre 1906.) Die Operationen von Spina bifida mit glücklichem Ausgange sind nicht allzu zahlreich, so daß der Fall des Verf.s einiges Interesse verdient. Es handelte sich um ein wenige Tage altes Mädchen, welches einen etwa apfelgroßen Tumor der Lendengegend darbot. Ein 7 cm dicker Stiel verband denselben mit dem Körper, und wurde unterhalb ein Substanzverlust des knöchernen Wirbelkanales, in welchen man die Spitze des Zeigefingers hineinlegen konnte, gefühlt. Der Tumor war an einer stecknadelkopfgroßen Stelle geplatzt, und es floß durch diese Öffnung in reichlicher Menge eine kristallklare Flüssigkeit, die Analöffnung war inkontinent. Durch die vorgenommene Operation wurde der nur meningeale Flüssigkeit enthaltende Sack ausgeschnitten, die Öffnung vernäht und die Heilung in etwa 15 Tagen erzielt, wobei ein Punkt, welcher durch Kotmassen verunreinigt worden war, etwas eiterte. Nachträglich besserte sich auch die Stuhlinkontinenz und war nach 4 Wochen vollkommen verschwunden.

E. Toff (Braila).

P. Ewald, Zur Ätiologie und Therapie der Klumphand. (Aus Vulpius' orthop.-chirurg. Klinik in Heidelberg.) (Medizin. Klinik.

1906. Nr. 13.) E. teilt einen interessanten Fall mit. Ein 5 Monate altes, kräftiges Kind erschien abgesehen von den Anomalien an den oberen Extremitäten, durchaus wohlgebildet. Die Haltung der letzteren war rechts und links folgende: Oberarme sehr stark nach innen rotiert und über einen rechten Winkel hinaus vom Rumpf abduziert. Die Ellenbogen sind fast rechtwinklig gebeugt, die Unterarme stark proniert, die Hände in hohem Grade volar und ulnar flektiert. Die Entstehung der Kontrakturen konnte direkt aus dieser Haltung abgelesen werden. Das Kind muß im Mutterleibe lange Zeit — und zwar höchstwahrscheinlich gegen Ende der Schwangerschaft — so gelegen haben, daß beide Arme nach oben geschlagen waren, so daß die Oberarme dem Kopf anlagen, während die Hände, fest gegen die Beugeseite des Unterarms gedrängt, etwa in der Halsgegend ihren Platz gefunden haben mögen. Alle Momente sprechen für einen intrauterinen Druck: Eindrücke der Handwurzelknochen in die Volarseite des Unterarms, die Möglichkeit, die Hände mit Leichtigkeit so weit palmarwärts zu beugen, daß sie dem Vorderarm anliegen, eine tiefe und verlängerte Achselfalte und schließlich tiefe Hautfalten in der Handfläche, die ohne weiteres für eine ungenügende Entfaltung der Hand sprachen. Anhaltspunkte für eine neurogene Entstehung der Deformität fanden sich nicht, auch wurde keine primäre Verkürzung bestimmter Muskeln festgestellt. Die Kontraktur entstand eben so, daß durch die länger dauernde abnorme Haltung der Hände sekundär eine Retraktion der volaren Handbänder und der Muskeln und Sehnen stattgefunden hat, die nach der Geburt in der falschen Stellung festhielt; dasselbe gilt für die Oberarme. Das Knochengerüst der Unterarme und Hände war vollkommen normal. Es handelte sich um eine reine Kontraktur, deren Entstehung erst nach der völligen Ausbildung der Extremitäten, jedenfalls erst in den letzten Schwangerschaftsmonaten, begonnen hat.

Was die Therapie anbelangt, so genügte hier ein zweckmäßig konstruierter Lagerungsapparat. Eine Platte aus Eisenblech ist dem kindlichen Rücken angepaßt. Von den Seiten des oberen Thoraxteils gehen zwei muldenförmige Eisenblechstreifen (durch Stahlschienen verstärkt) zuerst zur Seite und etwas nach oben, biegen dann fast im rechten Winkel für den Ellenbogen um und machen eine zweite Knickung nach außen und oben für die Lagerung der Hand. Die ganze Schiene ist mit Filz gepolstert und mit wasserdichtem Gummistoff übernäht. Die Arme des Kindes konnten also so bandagiert werden, daß die Arme im Schultergelenk nach außen rotiert, im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugt, und die Hände im Handgelenk stark dorsal und radial extendiert gehalten wurden. Das Kind fühlte sich durchaus behaglich; die Arme wurden täglich 2 mal massiert, Hände und Finger passiv bewegt und, so gut es ging, auch zum aktiven Beugen und Strecken veranlaßt. Nach 4 Wochen wurden die beiden Armschienen im Oberarmteil entsprechend verkürzt und tiefer unten fixiert. So konnten mit dem oberen Band die Arme direkt an den Thorax anbandagiert und damit der Abduktionsneigung des Oberarms erfolgreich entgegengewirkt werden. Den Unterarmen und Händen blieb ihre überkorrigierte Stellung in der Schiene bewahrt.

Nach 6 wöchiger Behandlungsdauer konnte das Kind, nahezu geheilt, entlassen werden.

Die Prognose war auch von vornherein günstig gestellt worden. Wenn auch auf den ersten Blick die Kontraktur recht hochgradig zu sein schien, so ließ doch der Umstand, daß ohne große Gewaltanwendung und ohne dem Kinde Schmerzen zu bereiten, eine normale Haltung der Hand passiv herbeigeführt werden konnte, das Beste erhoffen. Dazu kam noch die große Jugend der Patientin, die den Knochen, Bändern und Muskeln noch nicht gestattet hatte, sich so zu ändern bzw. zu retrahieren, daß eine fixierte anormale Stellung zustande kam. Grätzer.

M. Haudek, Über angeborene Klumphand ohne Defektbildung. (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 1.) H. hatte Gelegenheit, bei einem $2^1/_2$ jährigen Kinde eine angeborene Klumphand ohne Defektbildung zu beobachten, einen Fall, der mit Rücksicht auf eine Anzahl von Symptomen einen Schluß in ätiologischer Beziehung ermöglicht. Gewisse nervöse Symptome, Hydrocephalus, Augenerscheinungen, ein eigentümliches Offenhalten des Mundes deuteten auf eine gemeinsame zentrale Ursache hin. Die Deformitätsentstehung ließ sich in der Weise erklären, daß infolge einer fötalen zentralen Erkrankung oder eines zentralen Bildungsfehlers die Widerstandskraft des Fötus gegenüber dem auf sie einwirkenden Druck herabgesetzt wurde. Dieser war aber hier infolge Fruchtwassermangels ein abnorm starker. Obwohl sich nun an den Extremitäten keine gröbere nervöse Läsion nachweisen ließ, kann man vielleicht doch eine durch die zentrale Läsion verursachte Verminderung der normalen Beweglichkeit der Extremitäten als wahrscheinlich annehmen; infolge dieser waren die distalen Extremitäten dem hier abnormen Druck in besonderer Weise ausgesetzt. Die exponierte Lage der Füße erklärt die Entstehung der hochgradigen Fußdeformität. Man kann also hier die Deformität als eine auf neurogener Basis beruhende Belastungsdeformität auffassen. Grätzer.

L. Fiedler, Zur Therapie der großen Nabelschnurbrüche. (Aus dem Landkrankenhaus in Fulda.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 3.) Es handelte sich um ein 4 Tage altes Kind mit großer angeborener Hernia funiculi umbilicalis, welche am 23. April operiert wurde.

„Schnittführurng zirkulär im Verlauf des Nabelringes. Als Bruchinhalt fanden sich die ganze Leber, sowie einige Dünndarmschlingen. Die innere Membran der Hülle war mit der Leberoberfläche ziemlich fest verwachsen. Es gelang bei geringen parenchymatösen Blutungen, die nach Kompression standen, die Leber zu lösen und sie mitsamt den Dünndarmschlingen, die keine bedenklichen Einschnürungen zeigten, nach starkem Auseinanderziehen der Bruchpforte in die Bauchhöhle zurückzuverlagern. Die Bruchpforte wurde bei der Kleinheit der Verhältnisse und wegen des elenden Befindens des Kindes mit durchgreifenden Seidenknopfnähten geschlossen, nachdem der ganze Bruchsack abgetragen war. Darüber wurden einige Heftpflasterstreifen gelegt. Narkose wurde bei der Schwäche der kleinen Patientin nicht angewandt, diese verfiel noch während der Operation in einen längeren Schlaf.

Der Heilungsverlauf war günstig. Das Kind gedieh sichtlich an der Mutterbrust. Am 29. April, also 6 Tage nach der Operation, hatte man eine Gewichtszunahme von 1,5 kg zu verzeichnen. Der über den Heftpflasterstreifen

liegende Schutzverband wurde täglich gewechselt, während die Streifen erst nach 8 Tagen durch neue ersetzt wurden. Am 12. Tage nach der Operation wurden die Nähte entfernt, die Wundflächen waren gut miteinander verklebt.

Am 9. Mai, also nach $2^1/_2$ Wochen, wurde das Kind bei einem Gewicht von 4,25 kg entlassen. Bei der Nachuntersuchung nach weiteren 5 Wochen zeigte das Kind ein gesundes Aussehen bei gutem Ernährungszustand, der Leib war weich, die Narbe fest.“ Grätzer.

Magnus-Alsleben, Zur Kenntnis der sogenannten abnormen Sehnenfäden im Herzen. (Centralbl. f. allgem. Path. u. path. Anat. Bd. XVII. Nr. 22.) M.-A. untersuchte in 10 beliebigen Herzen die so wichtigen Tawaraschen Sehnenfäden auf ihren Gehalt an Muskelfasern. In Bestätigung der Tawaraschen Befunde konnte er dieselben in verschiedener Ausbildung in allen Fällen nachweisen. M.-A. macht auf die unzweckmäßige Bezeichnung „abnormer Sehnenfaden“ aufmerksam. Bennecke (Jena).

L. Michaud, Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen idiopathischen Herzhypertrophie. (Aus dem patholog. Institut Bern.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 24.) Dem Institut wurden die bei der Sektion gewonnenen Organe eines 3 jährigen Kindes zugesandt, das nur 2 Tage krank gewesen sein und an Aszites und starker Dyspnoe gelitten haben sollte. Die Anamnese ergab nichts Wesentliches.

Das Herz zeigte sich hochgradig hypertrophiert und dilatiert; es entsprach demjenigen eines 11—13 jährigen Kindes. Lungen normal. In einem Bronchus Zeichen einer frischen Bronchitis. In der Niere eigentümlicher Befund: neben vollkommen entwickelten Teilen Glomeruli mit fötalem Habitus in ziemlich großer Anzahl.

Kein Klappenfehler, keine Arteriosklerose, keine Verengerung der Strombahn, keine Lungenveränderungen. Thyreoidea nicht vergrößert, Thymus von normaler Form, kein Status lymphaticus, weder Anämie noch Rachitis. Infektionskrankheiten nicht vorausgegangen. Auch sonstige bei idiopathischen Herzhypertrophien vorkommende funktionelle Ursachen fehlten hier, der Fall blieb zunächst unklar. Zwar käme die teilweise Hypoplasie der Niere noch in Betracht. M. hat aber mehrere kindliche Nieren verschiedenen Alters, die ohne Auswahl bei den Sektionen gewonnen wurden, untersucht und gefunden, daß häufiger, als bisher bekannt, neben den normalen Glomeruli unentwickelte fötale Glomeruli weiterbestehen, ähnlich wie im obigen Falle, jedoch allerdings in geringerer Anzahl, und daß ferner dies keinen Einfluß auf das Herz hat, indem dessen Gewicht in den betreffenden Fällen nicht erhöht war.

Nun hat Hedinger auf einen eventuellen Zusammenhang zwischen dem chromaffinen System und der kongenitalen Herzhypertrophie hingewiesen, und zwar in dem Sinne, daß es sich eventuell um eine Hypersekretion des chromaffinen Systems handeln könnte. Nach dieser Richtung konnte nun M. keine Untersuchung anstellen, da das Material von auswärts nicht mehr ganz frisch eingesandt worden war. Er möchte allerdings die Hedingersche Auffassung noch in der Weise modifizieren, daß eventuell auch eine Hypoplasie des chromaffinen Systems in Betracht gezogen werden muß. Bei einer mangel-

haften Entwicklung dieser Organe ist es theoretisch sehr wohl möglich, daß bei stärkeren Blutdruckschwankungen das Herz in einem gewissen Dilatationszustand fixiert wird, der dann durch eine sekundäre Hypertrophie kompensiert werden muß. M. glaubt, daß eine derartige Ätiologie, da alle anderen Momente auszuschließen waren, in seinem Falle vielleicht in Betracht kommt. Grätzer.

J. M. Bennion, Ein Fall von adhäsiver Mediastino-Perikarditis. (Brit. med. Journal. 1906. Bd. I. 10. Febr.) Das 13 jährige Mädchen wurde wegen Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, Schwindel und Dyspnoe am 20. Juni 1905 in das Hospital aufgenommen, Eltern und 6 Geschwister gesund. In früher Kindheit Masern, sonst keine ernste Krankheit, vor allem keine rheumatische Affektion. 2 Monate vor der Aufnahme Klagen über leichte Ermüdbarkeit, dazu Husten und verlangsamte Respiration. Wegen dieser Klagen kam das Mädchen schon am 6. Mai in das Hospital. Die Haut war ein wenig bronziert, die Leber sehr groß; dabei leichte Anämie. Man konstatierte geringes Fieber, frequenten Puls, Abmagerung. In der linken Axilla hört man Reibegeräusche, hinten abgeschwächten Fremitus und bronchitische Geräusche. Herz annähernd normal. Leber sehr groß, Milz in geringem Maß hypertrophisch. Weder Albuminurie noch Ödeme. Dr. Gibson sprach sich für die Annahme einer Mediastino-Pericarditis aus. Puls während der Inspiration schwächer (Pulsus paradoxus). Am 25. August Aufnahme in das Hospital wegen schwerer Dyspnoe und Cyanose; Pupillen erweitert, Puls 120—130, Respiration 60—72, Hypothermie, Aszites und Anasarka. Albuminurie. Tod am 28. August. Autopsie: Rechtsseitige Pleuritis, keine Tuberkel. Symphysis pericardii mit Kalkablagerungen im Perikard. Myokard hypertrophisch, Klappenapparat intakt. Starker Aszites, enorme gelappte Muskatleber, Nieren und Milz hyperämisch. Es handelt sich demnach um einen Fall von kardialer Symphyse, die, ob rheumatischer oder tuberkulöser Natur, zu einer sekundären Leberzirrhose (Cirrhosis cardio-tuberculosa Hutinel oder Cirrhosis cardio-rheumatica) führt. H. Netter.

Gino Menabuoni, Ein Fall von Symphysis pericardii mit sekundärer Anämia splenica infantum. (Riv. di Clinica pediatr. Febr. 1906.) Die Beobachtung betrifft ein 19 Monate altes, normal geborenes, bei Allaitement mixte in einen Zustand der Überernährung geratenes Kind, an dem die Blässe und eine gewisse Hinfälligkeit zunächst auffielen. Seit einiger Zeit bestand abendliches Fieber, Husten, Dyspnoe, geräuschvolle Respiration, Urin dunkel. Weder Malaria noch Syphilis oder Tuberkulose in der Familie, der Vater dagegen Alkoholiker. Status: Sehr mageres, leicht rachitisches, bleiches Kind mit cyanotischen Extremitäten; Puls klein und frequent (148), Respirationen 70, Temperatur 37,7. Über den Fossae supra- und infraspinatae bronchopneumonische Herde, das Herz durch die emphysematösen Lungen verdeckt, Herzschlag schwach, Galoppgeräusch an der Basis, Abdomen groß, Leber hart, um drei Querfinger den Rippenbogen überragend, und eine die ganze linke Bauchseite ausfüllende Milz. Unter progressiver Verschlimmerung Tod am 8. Tag. Blutbefund: 1 724000 rote, 6042 weiße (60,4 % Lymphozyten, 6 % poly-

nukleäre). Bakteriologischer Blutbefund: Streptokokken und Kolibazillen. Autopsie: Außer den schon genannten bronchopneumonischen Herden ein voluminöses Herz mit kompletter Symphysis. Zwischen den Perikardblättern befand sich eine Substanz von käsigem Aussehen. Die Herzhöhen dilatiert, Klappenapparat und Ostien intakt. Gewicht der Leber 450 g, auf dem Schnitt hart, der Milz 120 g, ebenfalls hart; die Nieren boten die Zeichen der akuten Nephritis. H. Netter.

Djewitzky, Über die Geschwülste der Herzklappen. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 2.) D. teilt einen hierher gehörigen Fall mit, der ein zufälliger Sektionsbefund bei einem 38jährigen Manne war. Das erbsengroße, warzige Gebilde saß auf einer Aortenklappe und ragte in den Ventrikel hinein. Mikroskopisch handelt es sich um ein Fibroma papillare, das von der sonst unveränderten subendothelialen Schicht der Klappe ausging. — Die Literatur ist nicht groß. Meist sind Myxome beschrieben. Differentialdiagnostisch kommen echte Geschwülste und alte endokarditische Veränderungen in Betracht. Bennecke (Jena).

K. Grassmann (München), Über seltene Verlaufsweisen von Klappenfehlern. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 45.) Die eine Beobachtung betraf ein 4jähriges Kind, das gelegentlich eines Gelenkrheumatismus ein Vitium akquirierte. Der Verlauf stellte es außer Zweifel, daß es sich um eine rheumatische Endokarditis der Mitralklappen handelte; denn es entwickelte sich im Laufe von 2 Monaten neben dem bestehenden systolischen Geräusch als Ausdruck der Drucksteigerung im kleinen Kreislauf eine deutliche Verstärkung des zweiten Pulmonaltons, eine mäßige Hypertrophie des linken Herzens, eine Stauungsdilatation der rechten Herzhälfte. Das Kind erholte sich aber vollständig, die objektiven Erscheinungen verschwanden, man konnte von einer Heilung des Herzfehlers sprechen. Da bekam das Kind 1/2 Jahr später nochmals Gelenkrheumatismus, die valvuläre Endokarditis rezidivierte unter Begleitung einer exsudativen Perikarditis, die tödlich endete. Grätzer.

A. G. Jesson, Nanisme et infantilisme cardiaque. (Thèse de Paris. 1906.) Die angeborenen oder in früher Kindheit erworbenen Fehler des Herzens, der Herzklappen oder der großen Gefäße haben einen entwicklungshemmenden Einfluß und können zur Bildung von Zwergwuchs führen. Letzterer kann aber auch auf Alkoholismus, Syphilis oder Tuberkulose der Eltern beruhen, doch ist der Einfluß des Herzens der wichtigste. Was die erworbenen Herzfehler anbetrifft, so ist dystrophischer Einfluß ein um so größerer je frühzeitiger sie auftreten. E. Toff (Braila).

Arth. Mayer und **R. Milchner,** Über die topographische Perkussion des kindlichen Herzens. (Aus d. kgl. poliklin. Institut f. innere Medizin in Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 40 u. 41.) Die Perkussion der absoluten Dämpfung leistet beim Kinde gar nichts. Um die Funktion und den anatomischen Zustand des kindlichen Herzens genau festzustellen, dazu gehört unbedingt Feststellung der absoluten Grenzen des Organs. Das ist ja bei

kleinen Kindern keine leichte Aufgabe, aber dieselbe läßt sich lösen mittels der Schwellenwertperkussion (Goldscheider) oder leisester Sagittalperkussion. Grätzer.

R. Pollak, Über paravertebrale und parasternale Perkussionsbefunde bei Pneumonie. (Aus der Kinderspitalsabteilung der allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 40.) Hamburger hat über eigenartige Perkussionsphänomene berichtet, die bei exsudativer Pleuritis beobachtet werden. Einmal konnte er das konstante Vorkommen des von Rauchfuß beschriebenen paravertebralen Dämpfungsdreiecks auf der gesunden Seite bestätigen, weiter fand er ebenso konstant neben der Wirbelsäule auf der kranken Seite eine Zone, wo der Schall gegenüber den äußeren Thoraxpartien der kranken Seite deutlich aufgehellt erscheint (paravertebrale Aufhellungszone). Auf diese Weise kann man in jedem Falle von exsudativer Pleuritis auf der Rückseite des Thorax vier Zonen verschiedenen Perkussionsschalles nachweisen: Intensive Dämpfung über den lateralen Thoraxpartien der kranken Seite, geringere Dämpfung bzw. Aufhellung neben der Wirbelsäule, auf der gesunden Seite heller Schall über den äußeren Partien und paravertebral ein Dämpfungsbezirk, über dem jedoch der Schall noch immer heller ist als über der paravertebralen Aufhellungszone der kranken Seite. Nach Rauchfuß hängt das Phänomen der paravertebralen Dämpfung damit zusammen, daß die Brustwand der kranken Seite durch das Exsudat am Mitschwingen bei der Erschütterung der gesunden Seite gehindert wird. In ähnlicher Weise erklärt Hamburger die paravertebrale Aufhellungszone der kranken Seite durch das Mitschwingen der gesunden Seite. Das Symptom der paravertebralen Dämpfung bzw. Aufhellung findet sich, wie auch P. bestätigen kann, bei jedem freien oder nach vorne abgesackten pleuritischen Exsudat.

Es war nun von vornherein sehr wahrscheinlich, daß sich ähnliche Perkussionsbefunde auch bei ausgedehnten Lungeninfiltrationen, die bis gegen die Wirbelsäule reichen, erheben lassen. Es mußte zunächst der gedämpfte Schall über einem infiltrierten Bezirk neben der Wirbelsäule durch das Mitschwingen der anderen (gesunden) Seite eine Aufhellung erfahren. Die paravertebrale Dämpfung der gesunden Seite sei wiederum, nicht wie bei dem Exsudat durch Behinderung der Brustwand, sondern vielmehr dadurch wahrscheinlich gemacht, daß (durch die Infiltration) das Mitschwingen der Luft in der Lunge unmöglich gemacht wird.

P. hatte nun Gelegenheit, ein 6jähriges Mädchen mit einer kruppösen Pneumonie des linken Unterlappens zu beobachten. Der physikalische Befund (lautes Bronchialatmen, verstärkter Stimmfremitus, Bronchophonie) ließ eine Beteiligung der Pleura ausschließen; die Probepunktion war negativ. Die Perkussion ergab eine deutliche paravertebrale Aufhellung auf der linken und eine paravertebrale Dämpfung auf der rechten Seite. Bei sechs weiteren kruppösen Unterlappenpneumonien konnte P. denselben Befund erheben. Er konnte stets auch mit Leichtigkeit die Aufhellungszone von dem Dämpfungsbezirk

differenzieren. Es genügt auch offenbar, wie das bei halbwegs ausgedehntem Ergriffensein des Unterlappens immer der Fall ist, ein kaum über die Skapularlinie lateral reichender Dämpfungsbezirk, um eine deutliche paravertebrale Aufhellungszone nachzuweisen. Für das Zustandekommen der paravertebralen Dämpfung der gesunden Seite kommt die Größe der infiltrierten Partie noch weniger in Betracht; selbstverständliche Bedingung ist nur, daß sie sich in der Nähe der Wirbelsäule befindet.

Hamburger hat auch noch über Perkussionsphänomene berichtet, die bei freiem pleuritischen Exsudat sich regelmäßig an der Vorderseite des Thorax nachweisen lassen: eine parasternale Aufhellungszone auf der kranken und eine parasternale Dämpfungszone auf der gesunden Seite. Die Erklärung dieser Befunde ist die gleiche, wie oben.

P. konnte nun bei zwei Oberlappenpneumonien mit ziemlich intensiver und ausgebreiteter Dämpfung unterhalb der Clavicula die parasternalen Perkussionsphänomene in gleicher Weise konstatieren. Im zweiten Falle handelte es sich bei einem 10 monatigen Kinde um eine konfluierte Lobulärpneumonie des linken Operlappens, die eine recht kompakte Dämpfung (links vorne oben) verursachte. An dem Falle war noch bemerkenswert, daß er ganz unter dem Bilde einer kruppösen Pneumonie verlief (plötzliches hohes Fieber, dann weiter hohe Continua, fast vollkommenes Fehlen von bronchitischen Erscheinungen über den übrigen Lungenpartien ausgebreitete, mäßige Dämpfung). Die Obduktion ergab, daß die Infiltration durch Konfluenz lobulär-pneumonischer Herde entstanden war. Keinesfalls ist in den paravertebralen und parasternalen Perkussionsphänomenen ein differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Pleuritis und Pneumonie zu erblicken.

Grätzer.

N. A. Kephallinós, Über das Westphalsche Phänomen bei kruppöser Pneumonie der Kinder. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 30.) Schon 1902 hatte Pfaundler berichtet über das Verhalten des Patellarsehnenreflexes bei der Pneumonie der Kinder. Als besonders beachtenswert bezeichnete er das Auftreten des Westphalschen Phänomens im frühesten Stadium der Erkrankung, in dem die Diagnose sich höchstens auf gewisse Indizien, wie Schüttelfrost, hohe Continua, kupierte Atmung von diversem Typus, Azetonurie usw., nicht aber auf einen physikalischen Lungenbefund zu stützen vermag. Nach Ablauf der Erkrankung kehrte der Reflex in allen Fällen wieder, und zwar zumeist während oder bald nach der Krise. Pfaundler wies also darauf hin, daß das Westphalsche Zeichen, sofern es bei kruppöser Pneumonie der Kinder vorliegt, diagnostisch verwertbar sei, namentlich in jenen Fällen, in denen wegen zentralen Sitzes der Infiltration die physikalischen Erscheinungen verspätet auftreten, und in jenen, in welchen die zerebralen Erscheinungen an Meningitis denken lassen.

Die Pfaundlerschen Mitteilungen begegneten Zweifeln und Opposition. Deshalb hat K. jetzt die in der Grazer Klinik vom Juli 1902 bis März 1906 sicher als Pneumonia crouposa erkannten Fälle

(65 Kinder zwischen dem 4. und 15. Lebensjahre) genau untersucht. Die Patellarreflexe waren

nicht auslösbar	27 mal = 41,5 %
stark herabgesetzt	3 mal
rechts nicht ausführbar	2 mal
	32 mal = 49,2 %.

Also fast in 50 % der Fälle Störungen des Patellarsehnenreflexes! Sie fanden sich 8 mal öfter, als der Herpes. Jene Störungen zeigten sich öfters vor dem Auftreten jedes physikalischen Lungenbefundes. Dieser trat erst einige Tage später in die Erscheinung. 12 mal wurde das Wiederkehren des Patellarreflexes geprüft; 6 mal wurde dieses am Tage der Krise, 4 mal am folgenden, 2 mal am zweitfolgenden Tage konstatiert. Daraus geht wohl klar hervor, daß das Fehlen oder die Herabsetzung des Patellarsehnenreflexes ein die kruppöse Pneumonie der Kinder in ihren Anfangsstadien sehr häufig begleitendes Zeichen und im positiven Falle neben anderen Indizien in hohem Grade verwertbares diagnostisches Kriterium ist. Grätzer.

F. **Rosenberger**, Über Zuckerausscheidung im Urin bei kruppöser Pneumonie. (Aus dem Juliusspital in Würzburg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 25.) R. fand diese Erscheinung bei 2 Fällen, einem 6 jährigen Kinde und einem 26 jährigen Dienstmädchen. Wie war die Zuckerausscheidung zu erklären? Da bei den Sektionen von Personen, die an akuten Infektionskrankheiten gestorben sind, so gut wie stets die sogenannte trübe Schwellung der Organe gefunden wird, steht R. nicht an, eine dementsprechende Schädigung des Pankreas als Ursache der Harnanomalie anzunehmen. Eine derartige Störung ist vielleicht die Ursache später auftretender Zuckerharnruhr unerklärlicher Herkunft, obwohl solche Fälle gewöhnlich zunächst günstig verlaufen. Auch die Deutung der infektiösen Zuckerausscheidung als einer renalen ist zulässig; in obigen beiden Fällen trat Albuminurie auf. Es läßt sich aber dagegen einwenden, daß das Eiweiß gar nicht einmal gleichzeitig mit den Kohlehydraten ausgeschieden wurde, vielmehr sich erst später als diese vorfand. Demgemäß ist sogar die Annahme statthaft, daß die Nieren erst durch den Zucker gereizt und so zur Albuminurie veranlaßt wurden. Noch käme die Leber in Betracht, da sie dem pneumonischen Geiste gegenüber sehr empfindlich ist, andererseits im Kohlehydrathaushalt des Körpers eine wichtige Rolle spielt.

Bemerkenswert war, daß in beiden Fällen die Harnmenge nicht vermehrt war. Maltosurie pflegt eher mit Verminderung, als Vermehrung der Urinausscheidung einherzugehen; bei dem Kinde hält R. es für höchstwahrscheinlich, daß im Urin Maltose vorhanden war.

Aus seinen Beobachtungen schließt R.:

„Im Verlauf akuter Infektionskrankheiten werden zuweilen im Urin Kohlehydrate teilweise noch nicht näher bestimmbarer Natur ohne äußerlich ersichtliche Ursache, meist nur während ganz kurzer Zeit und in geringer Menge, unabhängig von der Ernährung, der Körpertemperatur und ohne bis jetzt feststellbare Abhängigkeit von dem Krankheitsverlauf ausgeschieden. Weder Menge noch spezi-

fisches Gewicht oder Aussehen des betreffenden Urins verraten ihre Gegenwart, und ich vermute daher, daß sie deshalb häufig übersehen werden, zumal wenn die Urinportionen, von 24 Stunden gesammelt, untersucht werden, weil dann die Verdünnung leicht so groß wird, daß sie sich den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden (Trommer, Nylander) bei ihrem oft sehr schwachen Reduktionsvermögen entziehen.

Die Prognose einer derartigen Glykosurie scheint nach dem bisherigen Stand unserer Kenntnisse für die Grundkrankheit nicht sonderlich schlecht zu sein, an sich hört die Zuckerausscheidung sehr bald von selbst auf, anscheinend ohne von dem weiteren Gang der Infektionskrankheit beeinflußt zu werden. Eine gewisse Neigung zur Ausscheidung von Glykuronsäure oder Zucker nach reichlicher Kohlehydratzufuhr kann zurückbleiben.“ Grätzer.

A. Bittorf, Zur Kasuistik der zerebralen Kinderpneumonie. (Aus der medizin. Univers.-Poliklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18.) B. teilt zwei Beobachtungen mit, wo bei Unterlappenpneumonien schwere meningitische Symptome bestanden, die in Heilung ausgingen.

Die Erklärung dieser Zustände begegnet gewissen Schwierigkeiten, denn ist auch wegen des mit der Krise eintretenden Aufhörens sämtlicher Symptome eine echte Pneumokokkenmeningitis auszuschließen, so ist andererseits auch wegen der starken Lokalsymptome eine einfache febrile oder toxische Gehirnreizung nicht sehr wahrscheinlich. Aufrecht ist für seine Fälle geneigt, ein lokales Hirnödem anzunehmen. B. möchte nicht mit aller Sicherheit eine eventuelle toxische seröse Meningitis oder analoge Zunahme der Ventrikelflüssigkeit ausschließen, zumal da Lenhartz Drucksteigerung bei Lumbalpunktionen in anscheinend ähnlichen Fällen sah. Von der echten eitrigen Pneumokokkenmeningitis unterscheiden sich diese Zustände wesentlich dadurch, daß sie mit Beginn der Pneumonie eintreten, während jene sich gewöhnlich erst im späteren Verlaufe, ja erst nach der Krise entwickelt.

Warum in einzelnen Fällen diese schweren zerebralen Symptome auftreten, dafür scheint sich in obigen Beobachtungen eine gute Erklärung zu finden. Beide Kinder waren rachitisch. Das erste hatte früher an Krämpfen gelitten, war immer „still und eigentümlich“, hatte einen leichten Hydrocephalus. Das andere war von seiner Rachitis noch nicht ganz geheilt, es hatte rachitische Schädelerkrankungen und Stimmritzenkrampf, war außerdem Bettnässer. In diesen Fällen bestand wohl sicher im Gehirn und in seinen Häuten ein Locus minoris resistentiae. Grätzer.

Nestor Nastase, Zwei Fälle von Splenopneumonie bei Kindern. (Spitalul. 1906. Nr. 8.) Es handelte sich um einen 15 jährigen und um einen 6 jährigen Knaben, deren Krankheit in subakuter Weise verlief und fast alle physikalischen Erscheinungen einer exsudativen Pleuritis darbot, doch bestand heller Schall im Traubeschen Raume, das Münzenzeichen fehlte, und wiederholte Probepunktionen förderten keinerlei Exsudat zutage. Daraufhin wurde die Diagnose auf Splenopneumonie, die von Grancher im

Jahre 1883 beschriebene, eigentümliche kongestive Erkrankung der Lungen gestellt. In dem einen Falle schien die Krankheit auf tuberkulöser Grundlage zu beruhen, doch ergab sowohl die Serumreaktion, als auch die vorgenommenen Tuberkulineinspritzungen negative Resultate. E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

Schwoner demonstriert einen 10jährigen Knaben mit **kongenitalem Herzfehler.** Der klinische Befund sowie das Röntgenbild erlauben die Diagnose eines offenen Ductus Botalli. Patient ist dabei relativ leistungsfähig, was daraus hervorgeht, daß das Kind im 4. Stocke wohnt und täglich mehrmals die Treppen bewältigen muß. Freilich ist Patient für sein Alter schwächlich entwickelt, grazil, mager und auffallend blaß.

Foltanek zeigt ein 3wöchentliches Kind mit **Spontangangrän des r. Fußes.** Bis zur Höhe der Malleolen erscheint der Fuß tiefschwarz. Kleine gangränöse Stellen finden sich auch ad nates. Vortr. führt die Gangrän auf Embolie der Gefäße zurück. Die Ätiologie der Embolie ist unklar, insbesondere fehlen Symptome der Lues.

Königstein demonstriert **mikroskopische Präparate von Epithelkörperchen** zweier Kinder. Das eine Kind, an typischer Tetanie erkrankt, starb 9 Monate alt. Die Epithelkörperchen waren relativ groß und blutreich. Weder makroskopisch noch mikropisch fanden sich Hämorrhagien.

Als Gegenstück hierzu dient der zweite Fall. Ein $1^1/_2$ Monate altes Kind, **an Darmkatarrh und Pneumonie** erkrankt, starb plötzlich unter allgemeinen Krämpfen. Keine Symptome einer Tetanie. Galvanische Untersuchung konnte nicht gemacht werden. Hier zeigten sich beide Epithelkörperchen gefüllt mit frischen Blutaustritten. Sie sahen makroskopisch so aus, wie die in der letzten Sitzung von Erdheim demonstrierten Epithelkörperchen.

Diese Befunde stimmen mit denen Thiemichs überein und sprechen gegen den ätiologischen Zusammenhang zwischen Epithelkörperchenblutungen mit Tetanie (Erdheim).

In der Diskussion betonte Escherich, daß auch er nicht glaube, daß bei **Tetanie** regelmäßig **Epithelkörperchenhämorrhagien** zu finden sind, im Gegenteil sei für die Tetanie nur eine vorübergehende Störung der Funktion anzunehmen. Blutungen und Degeneration der Epithelkörperchen können aber dadurch eine Disposition zur Tetanie schaffen, daß sie die Menge des funktionstüchtigen Gewebes verkleinern.

v. Reuß demonstriert ein $5^1/_2$jähriges Mädchen mit **chronischer rezidivierender Parotitis.** Seit dem 2. Lebensjahre schwellen namentlich im Winter beide Parotiden stark an, im Sommer ist die Schwellung der Parotis geringer ohne völlig zu schwinden. R. glaubt, daß es sich um chronisch entzündliche Veränderungen handeln dürfte.

Abels spricht über **„Mitigierte Morbillen und verlängerte Inkubationszeit“.** Bei zwei Mädchen (im Alter von 13 und 15 Jahren) sah der Vortr. am 17. Tage nach der Infektionsmöglichkeit eine sehr leichte Masernerkrankung. Beide Kinder hatten vielleicht dadurch eine größere Resistenz erworben, daß das eine Kind 1 Jahr vorher schwere Masern überstanden, das zweite Kind in innigem Kontakte mit an Masern erkrankten Geschwistern vor mehreren Jahren keine Masern durchmachte.

A. nimmt, da in der Literatur mehrmals 2 malige Masernerkrankungen bei Geschwistern bekannt sind, eine familiäre Disposition an.

Als Grenzfälle der stark abgeschwächten Masernerkrankung resistenter Individuen hätten Masern ohne Exanthem zu gelten, sowie Masern mit sehr langer Inkubationszeit.

Dafür gibt es in der allgemeinen Pathologie mehrfach Analoga, allerdings ist dabei vielfach die Verlängerung der Inkubationszeit durch Abschwächung des Virus und nicht durch Resistenzerhöhung des Organismus bedingt. Bei Scharlach ist häufig beobachtet, daß Fälle mit kurzer Inkubationszeit besonders schwer verlaufen.

Die **vaccinale** Frühreaktion (v. Pirquet) steht zu den vorgebrachten Befunden nur in scheinbarem Widerspruch, weil hier wahrscheinlich keine Vermehrung des Erregers eintritt.

Eisenschitz bestreitet die **familiäre Disposition** für 2 malige Erkrankungen. Mit der Diagnose Masern ohne Exanthem (febris morbillosa) solle man vorsichtig sein.

Hochsinger definiert als **Inkubationszeit** die Zeit vom Moment der Infektion bis zum Beginne der Prodrome und nicht bis zur Proruption des Exanthems. Durch Verlängerung der Prodome kann dann leicht der Ausbruch des Exanthems noch hinausgeschoben werden.

Pirquet bekämpft die Ansicht, daß **Verlängerung der Inkubationszeit** auf erworbene Resistenz zurückzuführen sei. Im Gegenteil reagiert der Resistentere früher (sofortige und beschleunigte Reaktion bei Wiedererkrankung). Verlängerte Inkubationszeit bei der Impfung hat eher seine Ursache in späterer Entwicklung „vergessener" Keime oder wird beobachtet bei Verwendung stark verdünnter Lymphe.

Escherich warnt vor voreiliger Diagnose **2 maliger Masernerkrankung.** Seitdem durch die Koplikschen Flecke die Masern besser charakterisiert sind, fallen viele vorher als Masern bezeichnete Erkrankungen als andersartige Exantheme weg. Man kann jetzt Rubeolen, vierte Krankheit, Erythema infectiosum usw. besser abtrennen. Familiäre Disposition ist nur in dem Sinne zu akzeptieren, als Schwere und Intensität der Masernerkrankung bei gleicher Infektionsquelle von der Disposition der Individuen abhängig ist.

Escherich anerkennt als **Inkubationszeit** ebenfalls nur die Zeit vom Momente der Infektion bis zum Eintritte der Prodrome. Diese Inkubationszeit ist für Masern im Gegensatze zu Diphtherie und Scharlach genau begrenzt und unabhängig von der Menge des Infektionsstoffes und Diposition. E. denkt daher bei Erkrankungen mit bestimmter Inkubationszeit wie Masern und Variola an keine latente Vermehrung der Infektionsstoffe, sondern an „Generationswechsel des Erregers", ähnlich wie bei Malaria. Eine bestimmte Phase der Entwicklung löse Krankheitssymptome aus.

Knöpfelmacher berichtet über Versuche mit Lymphe, die ergaben, daß durch Verdünnung mit Lymphe (1:1000) die **Inkubationszeit der vaccinalen Veränderungen** von 10 auf 17—19 Tage möglich sei. Herabsetzung der Zahl der restierenden Keime rufe also eine Verlängerung der Inkubationszeit hervor.

B. Schick (Wien).

---

74. Jahresversammlung der Brit. Medic. Association.

Abgehalten in Toronto (Kanada) vom 21.—25. August 1906.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

W. Lovett (Boston) sprach über **Osteogenesis imperfecta.** Es handelt sich um eine angeborene Erkrankung, bei der multiple Frakturen (besonders der langen Röhrenknochen) im intrauterinen Leben und im Säuglingsalter vorkommen. Ein Kind zeigte bei der Geburt 113 Frakturen. Redner beschreibt die von ihm bei einer Sektion gefundenen Veränderungen des Knochensystems.

Ewart (London) sprach über Atonia abdominalis bei Rachitis. Er empfiehlt Massage, Elektrizität und das Tragen eines elastischen Gürtels.

Dann sprachen Ashby und Stuart Mc Donald (Edinburgh) über **die klinische und pathologische Seite der Pneumokokkeninfektion.**

Starr (Toronto) sprach über die Behandlung des **tuberkulösen Abszesses.** Ganz zu verwerfen ist die Inzision mit nachfolgender Drainage. Am besten ist bei kleinen Abszessen die Exstirpation des geschlossenen Sackes. Größere Abszesse werden breit gespalten, mit Jodoformgaze ausgerieben und dann völlig durch die Naht geschlossen.

Blackader (Montreal) eröffnete eine Diskussion über den **Rheumatismus der Kinder.** Gelenkschwellungen fehlen häufig, man findet Tonsillitis, Chorea, Pleuritis, Erythema exsudativum usw. Die Tonsillen sind häufig die Eingangspforte für das Virus. In der Diskussion wurde betont, daß man in Amerika viel seltener als in England die subkutanen Knötchen beim Rheumatismus findet; die amerikanischen Ärzte scheinen viel weniger Salizylpräparate anzuwenden als die englischen.

Logan Turner sprach über angeborenen **Stridor laryngealis.** Er glaubt, daß es sich um eine Koordinationsstörung und Spasmus der Atmungsmuskeln handelt, die zu einer Verstärkung des normalen infantilen Typus des Larynx führen, also zu einer erworbenen Deformität. Der krähende Ton kommt zustande durch die abnorme Näherung der aryepiglottischen Falten.

Ashby glaubt auch, daß es sich um eine Koordinationsstörung handelt.

Cantley befürwortet eine angeborene Deformität des Larynx und zeigt ein Präparat.

Jacobi glaubt, daß sehr verschiedene Ursachen zum Stridor führen können.

Kesley (New York) eröffnete eine Diskussion über die **Enterokolitis der Säuglinge.** Er rät vor allem zur Prophylaxe. Die Stadt muß eine eigene Milchwirtschaft einrichten und eine Anzahl von Frauen anstellen, die Hausbesuche machen und die Mütter über Kinderpflege und Ernährung belehren.

Morse sprach über die **Behandlung der Enterokolitis.** Er unterdrückt im Beginn der Behandlung alle Ernährung. Kinder vertragen dies gut für 24 bis 72 Stunden, wenn man ihnen nur reichlich Wasser per rectum oder subkutan zuführt. Später gibt er Molken und pasteurisierte Buttermilch.

La Fétra (New York) gibt im Beginn bei Kindern über 9 Monaten Glaubersalz, bei Säuglingen Kalomel und Rizinusöl; er wäscht den Magen und Darm aus und gibt später Opium.

Nachdem Shaw (Montreal) über die **Fettresorption bei Säuglingen** gesprochen hatte, berichtete Ralph Vincent über die **Walker Gordonschen Milchlaboratorien,** mit deren Hilfe ein Kind gerade so gut mit Kuhmilch als an der Mutterbrust aufgebracht werden könne.

Edmund Cantley (London) eröffnete eine Diskussion über die **angeborene Pylorusstenose.** Er unterscheidet zwischen funktionellem Spasmus des Pylorus, bei dem es zu heftigem Erbrechen ohne Magenerweiterung und Pylorustumor kommt, und zwischen der wahren hypertrophischen Stenose, von der er 16 Fälle sah. Fast alle traten während der ersten 3 Lebensmonate (meist im 1.) in die Erscheinung. Das erste Zeichen ist meist Appetitmangel, dann tritt heftiges stoßweises Erbrechen auf (manchmal werden zwei Mahlzeiten auf einmal erbrochen). Es besteht Übelkeit und Erbrechen, starke Abmagerung und subnormale Temperatur. Man sieht lebhafte Peristaltik des Magens, kann Erweiterung desselben nachweisen und einen Pylorustumor fühlen. Mikroskopisch findet man eine Hyperplasie der Ringmuskulatur. Es handelt sich um eine angeborene Mißbildung atavistischer Natur; der Pylorus ähnelt der Magenmühle der Krustazeen und Edentaten sowie dem Kropf der Vögel. Der Spasmus mag die Obstruktion vermehren, ist aber nicht die Ursache der Hypertrophie. Nur die rein spastischen Fälle werden durch interne Maßnahmen (Kokain, Opium, Magenspülung) gebessert, die hypertrophischen Fälle sind frühzeitig zu operieren. Am besten wirkt die Pyloroplastik, gleich nach der Operation wird rektal ernährt.

Harold Stiles (Edinburgh) hält es für unmöglich, zu entscheiden, ob der Pylorospasmus die Ursache oder die Folge der Hypertrophie ist. Er rät zur frühzeitigen Operation unter Äthernarkose. Von 29 Devulsionen nach Loreta wurden 15, von 37 Gastroenterostomien 16 geheilt. Ein Fall von Pylorektomie starb. Von 11 Fällen von Pyloroplastik wurden 5 geheilt. Bei zweifelhafter Diagnose soll man frühzeitig eine Probeinzision machen.

R. Hutchison (London) hat 8 typische Fälle unter rein interner Behandlung heilen gesehen, er verwirft die Operation, ähnlich urteilt Ashby.

Vincent bezweifelt, daß es sich bei den ohne Operation geheilten Fällen wirklich um kongenitale hypertrophische Pylorusstenose gehandelt hat.

---

31. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Augsburg, den 12.—15. September 1906.
(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Die Milchversorgung der Städte mit besonderer Berücksichtigung der Säuglingsernährung.

Referent: Stadtbezirksarzt Dr. Poetter (Chemnitz).

Die Milch ist das wichtigste Nahrungsmittel für die Volksernährung. Von ihrer Güte hängt das Gedeihen und die Gesundheit weiter Bevölkerungskreise, insbesondere des Bevölkerungsnachwuchses, der Kinder, ab.

Als Kindernahrung steht die Milch konkurrenzlos da.

Die gesundheitliche Bedeutung der Milch als Volksnahrungsmittel, namentlich für die Säuglingsernährung, hat immer mehr zugenommen, seitdem aus verschiedenen Gründen besonders in den Städten die natürliche Brusternährung der Kinder zurückgegangen ist. Wenn auch durch geeignete Maßnahmen eine Besserung in bezug auf das Stillen der Kinder erreicht werden kann, so wird doch auch in Zukunft die Mehrzahl der Kinder auf die Kuhmilch als hauptsächliches Nahrungsmittel angewiesen bleiben.

Referent ist der Ansicht, daß von sämtlichen in Deutschland geborenen Kindern höchstens die Hälfte gestillt wird, 1 Million weiterer neugeborener Kinder ist auf Milchernährung angewiesen, dazu etwa 4 Millionen andere kleine Kinder, sowie schließlich die stillenden Frauen selbst.

Die Milch kann als gesundheitlich einwandfreies Nahrungsmittel nur dann gelten, wenn sie frei von schädlichen Stoffen ist. Schlechtes, unzweckmäßiges Futter macht die Milch schlecht, ebenso zu viel Schlempe. Zahlreiche Krankheitserreger, Maul- und Klauenseuche, Eiter und Tuberkelbazillen usw. gehen in die Milch über. Typhus und Scharlach können von den menschlichen Händen in die Milch kommen, auch das Spülen der Eimer mit schlechtem Wasser kann eine Infektion der Milch veranlassen; mangelnde Reinlichkeit kann starke Verunreinigung der Milch verursachen. Ein gewisser Schmutzgehalt darf nicht in Kauf genommen werden. Die Milch zieht riechende Stoffe sehr leicht an. Das Publikum kennt den reinen Geschmack der Milch meist überhaupt nicht. Die Milch muß von ganz gesunden Tieren stammen, dieselben geben eine einwandfreie, saubere, auch bakteriologisch saubere Milch. Eine ganz reine Milch ließe sich ruhig als Säuglingsmilch verwenden. Eine ganz bakterienfreie Milch läßt sich nicht erzielen. Saprophyten der Milch, Milchsäureerreger, Erreger der Buttersäuregärung, Heu- und Kartoffelbazillen sind in der Milch nur schwer vermeidbar, letztere sind äußerst widerstandsfähig und gesundheitsschädlich. Bis vor kurzem glaubte man alle Schädigungen der Milch durch Sterilisierung zu verhüten, zu lange Sterilisation vernichtet wichtige Eigenschaften der Milch, ohne sie völlig vor Zerstörung zu sichern. Sind zu viel Bakterien bereits gewuchert, so ist eine Sterilisierung überhaupt nicht mehr möglich. Eine große Gefahr droht der Milch im Hause der Händler und im Hause der Konsumenten: die Wärme der Wohnungen, das schlechte Aufbewahren. Das beste Mittel gegen die alsbaldige Bakterienwucherung in der Milch ist die sofortige Abkühlung nach dem Melken und Kühlhaltung auf dem Transport.

Die städtische Milchkontrolle bestimmt gegenwärtig nur den Fettgehalt, eine bakteriologisch schlechte, eine zersetzte oder im Verderben begriffene Milch kann ungehindert passieren, hiergegen besteht kein Schutz!

Gegenwärtig sind die Voraussetzungen, eine einwandfreie Milch zu erhalten, nur selten erfüllt und von einer erheblichen Preiserhöhung der Milch abhängig; einwandfreie Milch ist daher, abgesehen von den vereinzelten Fällen, wo private und städtische Fürsorge die Milchversorgung weiterer Kreise in die Hand genommen haben, gegenwärtig ein Luxusartikel für die bemitteltere Bevölkerung; die Ausbreitung der Milchversorgung auf weitere Kreise scheitert an den hohen Kosten.

Es ist zu erstreben, daß alle in Verkehr kommende Milch, und namentlich alle zur Säuglingsernährung dienende Milch einwandfrei sei. Dieses Ziel kann ohne wesentliche Erhöhung des Milchpreises erreicht werden, weil alle hierzu nötigen Maßregeln gleichzeitig dazu dienen und schon an sich notwendig sind,

um die Gesundheit und die Ergiebigkeit des Milchviehes, also die Wirtschaftlichkeit des Betriebes zu erhöhen; durch Erhöhung der Sauberkeit bleiben die Kühe gesünder, der Milchertrag wird reicher.

Zur Erreichung dieses Zieles ist der Erlaß reichsgesetzlicher Bestimmungen über die Produktions- und Verkehrsverhältnisse der Milch erforderlich, wobei Einzelbestimmungen, namentlich über den Fettgehalt, der landes- und ortsgesetzlichen Regelung zu überlassen sind. Die reichsgesetzlichen Bestimmungen hätten gleichzeitig die Tuberkulosetilgung zu umfassen, ähnlich wie bei der Tuberkulosebekämpfung durch die Fleischbeschau.

Die Produzenten sind seitens der landwirtschaftlichen Vereine fortdauernd über die Gewinnung und Lieferung einer tadellosen Milch zu belehren; ihre Betriebe sind regelmäßig zu überwachen. Durch selbständige Unterstellung unter eine Kontrolle könnte gleichfalls erhebliche Besserung erzielt werden, beispielsweise wenn die betreffenden Produzenten ihre Milch unter dem Namen „I. Qualität" liefern könnten.

Die Städte haben den Verkehr mit Milch ortsgesetzlich zu regeln und hierbei nicht so sehr wie früher ihr Augenmerk auf Fettgehalt, spezifisches Gewicht usw. als vielmehr auf die Ermittelung der sauberen, unzersetzten und unschädlichen Beschaffenheit der Milch zu richten.

Am zweckmäßigsten wäre die Einrichtung von „Milchhöfen" oder „Milchzentralen" (entsprechend den der Zentralisation des Fleischverkehrs dienenden Schlachthöfen), welche im Besitze und Betriebe der Stadt sind oder zum mindesten durch eigens angestellte, entsprechend vorgebildete städtische Beamte überwacht werden. In diesen Zentralstellen, deren in größeren Städten mehrere bestehen könnten, soll die gesamte Milch zusammenfließen; hier wird sie nach etwaiger Reinigung, Kühlung und Zubereitung in Transportgefäße gefüllt und durch entsprechend eingerichtete Verkaufswagen oder Verkaufsstellen an das Publikum abgegeben.

Der jetzt übliche Kleinhandel mit Milch ist als unhygienisch zu bezeichnen; insbesondere wegen der Behandlung der Milch im Hause des Verkäufers, ebenso ist unhygienisch das Umschöpfen, Umfüllen und Abmessen der Milch auf der Straße. Mit der Milchzentrale sind Säuglingsmilchküchen zu verbinden, hierselbst ist für die verschiedenen Lebensalter der Säuglinge trinkfertige Milch herzustellen. Die Gewährung von Prämien an stillende Frauen bzw. die Regelung dieser Frage kann an die Milchküchen angegliedert werden. Auch die industriellen Anlagen könnten hier tätig sein.

Die Bevölkerung ist fortlaufend über die richtige Behandlung der Milch zu belehren und hierin zu unterstützen. Der Bezug einwandfreier Säuglingsmilch, wobei gleichzeitig eine Beratung der Mütter stattfinden kann, muß auch den Unbemittelten ermöglicht werden, ohne daß jedoch die auf Verbreitung des Selbststillens hinzielenden Bestrebungen beeinträchtigt werden.

Der allgemeine Genuß guter Milch kann in vorteilhafter und gesundheitlich wünschenswerter Weise gehoben werden durch Errichtung von Milchhäuschen, Milchautomaten usw.

Korreferent: Beigeordneter Brugger (Köln) führt aus:

Angesichts der Tatsache, daß der Wert der jährlich im Deutschen Reiche erzeugten Milch rund 1700 Millionen Mark beträgt, und daß ein ganz erheblicher Teil der Milch dem unmittelbaren Genusse durch die Bevölkerung dient, besteht allgemein ein starkes Interesse an der gesundheitlich einwandfreien Beschaffenheit dieses Nahrungsmittels; deswegen ist eine Reform der Milchproduktion und des ganzen Milchhandels notwendig. Gibt es doch in Deutschland 15 Millionen Milchkühe; $^1/_4$ der täglich gewonnenen Milch wird getrunken und besonders in der Säuglingsernährung verwendet. Die Selbstkosten der gewonnenen Milch betragen nach einem Durchschnitt von 63 großen Gütern berechnet 13,5 Pf. pro Liter und gezahlt wird durchschnittlich 15—18 Pf. hierfür.

Die Forderungen, welche für die Gewinnung einer reinen, gesunden und guten Milch gestellt werden (ständige tierärztliche Überwachung der Milchkühe, Tuberkuloseversicherung und Ausscheidung kranker Tiere, einwandfreie Fütterung der Tiere, gute Beschaffenheit der Ställe und der Melkeinrichtungen, die öftere (4 mal tägliche) Entfernung des Mistes, die feuchte Reinigung der Krippen, die öftere Weißung des Stalles, peinliche Sauberkeit des Melkpersonals, Bereitstellung von Seife und Handtüchern, sofortige Tiefkühlung und zweckentsprechender Trans-

port der Milch) sind mit solchen Kosten verknüpft, daß sie eine Erhöhung des Milchpreises zur Folge haben müssen. Ein Beweis dafür sind die großen milchversorgenden Länder Dänemark und Schweden.

Aus den angegebenen Gründen ist der Erlaß eines Reichsgesetzes, durch welches jene Forderungen festgelegt werden, zurzeit nicht zu empfehlen. Es ist vielmehr der Boden für eine spätere gesetzliche Regelung ganz allgemein durch Verwaltungsvorschriften für größere Bezirke (Provinzen, Regierungsbezirke) vorzubereiten, die sich den örtlichen Bedürfnissen und vor allem den Fortschritten von Wissenschaft und Technik leichter anpassen lassen. Ortsgesetzliche Ergänzungen, besonders für den Milchhandel, sind außerdem notwendig; von großer Bedeutung ist, daß die Polizeivorschriften vielfach nur den Händler und nicht den Produzenten treffen. Vor allem aber ist es notwendig, erzieherisch einzuwirken und sowohl in den Kreisen der Produzenten, als auch besonders in denen der Konsumenten, das Verständnis für den Wert einer gesunden, reinlich gewonnenen und bis zum Verbrauche gut erhaltenen Milch zu wecken und rege zu halten.

Von Interesse ist hier, daß auf der neuen Hochschule in Köln ein entsprechender Kursus abgehalten wird.

Eine ganz wesentliche Förderung der auf die Verbesserung der Milch gerichteten Bestrebungen ist zu erhoffen, wenn die Staats-, Gemeinde- und andere Behörden dazu übergehen, den Milchbedarf für die ihnen unterstellten Anstalten nicht schlechthin an den Mindestfordernden zu vergeben, sondern unter Gewährung eines angemessenen Preises an vertrauenswerte Personen, die vertraglich die Beobachtung der für die Gewinnung einer reinen und gesunden Milch aufgestellten Grundsätze sichern, dagegen gehört die Anlage von Musteranlagen nicht in den Rahmen der Städte.

Da die Anfuhr der Milch nach den Städten zum großen Teil mit der Eisenbahn erfolgt, muß gefordert werden, daß während der warmen Jahreszeit sowohl auf den Stationen wie in den Güterwagen Gelegenheit zur kühlen, sauberen Aufbewahrung der Milch gegeben wird. Der Milchtransport in eckigen Kannen, die eng aneinander gestellt werden können, ist sehr empfehlenswert, ebenso die Einrichtung eigener Milchzüge.

Der Vorschlag, in den Städten kommunale oder unter kommunaler Aufsicht stehende Milchhöfe einzurichten, in denen die Milch gegen Zahlung geringer Gebühren gereinigt, gekühlt und gut aufbewahrt werden kann, verdient ernste Beachtung, jedoch muß die Reinigung der Milch vor allem beim Produzenten vorgenommen werden.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die unbemittelte Bevölkerung Milchküchen zur trinkfertigen Herstellung von Säuglingsmilch einzurichten. Eine unerläßliche Ergänzung dieser Milchküchen sind ärztlich geleitete Mutterberatungsstellen, welche in erster Linie für die natürliche Brusternährung zu wirken und die Abgabe der Säuglingsmilch zu überwachen haben. In den Beratungsstellen ist unter anderem auch darauf hinzuweisen, daß die Kinder nicht überernährt werden. Referent beschreibt zum Schlusse seiner Ausführungen die inneren Einrichtungen der Milchküchen in Bergisch-Gladbach und München-Gladbach und empfiehlt nochmals den Anschluß der Küchen an die Schlachthöfe.

Rheinisch-westfälische Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

IX. ordentliche Versammlung am 17. Juni 1906 in Düsseldorf.

Herr Aug. Hoffmann (Düsseldorf): **Zur Ätiologie des chronischen Ikterus im Kindesalter.** (Große Zyste des Ductus choledochus.)

Ein 13jähriges Mädchen erkrankte im Sommer 1905 aus unbekannter Ursache an Ikterus, welcher keinerlei Behandlung vollständig wich, dagegen in der Intensität sehr schwankte. Das Mädchen befand sich lange Zeit in klinischer

Behandlung. Die Untersuchung des Leibes ergab Vergrößerung der Leber und in der rechten Mamillarlinie eine apfelgroße unter der Leber liegende Geschwulst, die als die vergrößerte Gallenblase gedeutet werden mußte. Dieselbe war prall elastisch und auf Druck nicht schmerzhaft. Die Leber war im ganzen aufgetrieben, sonst war überall voller Perkussionsschall. Auch ließ sich keine weitere Geschwulst palpieren, nur hatte man den Eindruck, daß in der Tiefe eine vermehrte Resistenz vorhanden sei. Das Befinden war wechselvoll, wochenlang trat gefärbter Stuhl auf, dann wiederum war derselbe hellgrau und enthielt keine Gallenfarbstoffe, der Urin war stets dunkel und enthielt stets Gallenfarbstoffe.

Da sich trotz aller angewandten Kuren eine durchgreifende Besserung nicht zeigte, das Kind stets ikterisch blieb und schließlich der bis dahin gute Appetit nachließ und am 12. III. eine Nierenblutung aufgetreten war, welche allerdings nur 2 Tage bestand, so mußte bei dieser bedrohlichen Erscheinung die Frage der Operation erwogen werden.

Die Diagnose wurde gestellt auf einen den Ductus choledochus komprimierenden Tumor, dessen Lokalisation und Art mit Sicherheit nicht zu bestimmen war, auch wurde gedacht an etwaige (tuberkulöse?) Verwachsungen, welche den Gallengang zusammenschnüren könnten. Da niemals Schmerzen vorhanden waren, konnte ein Stein ausgeschlossen werden, der ja auch in diesem Lebensalter sehr unwahrscheinlich war.

Bei der vorgenommenen Probelaparotomie fand sich zunächst die vergrößerte Leber und die vom Hilus etwas nach außen gedrängte, prall gefüllte Gallenblase. Nachdem der Darm beiseite geschoben war, fand sich unterhalb der Leber ein kindskopfgroßer, glatter Tumor, der deutliche Fluktion zeigte. Es wurde die Tumorwand mit der Bauchwand vernäht und inzidiert. Es entströmte der Zyste ca. $1^1/_4$ Liter grünlichgelbe schleimige Flüssigkeit, dieselbe war klar, gab Gallenreaktion, enthielt aber kein diastatisches Ferment. Der Exitus erfolgte 30 Stunden später an einer Nachblutung.

Das vorgezeigte Präparat läßt erkennen, daß der Tumor aus einer kugelförmigen Zyste des Ductus choledochus besteht. Dieselbe kommunizierte mit der Gallenblase, die sich auch bei der Operation entleerte. Der Ausführungsgang zum Darm war außerordentlich schwer zu finden. Derselbe ist als ein feiner Schlitz in der inneren glatten Wand des Tumors erkennbar und verläuft in dieser. Der Ausführungsgang ist offenbar verengt und durch den Druck der in der Zyste befindlichen Flüssigkeit zugepreßt gewesen. Die innere Wand der Zyste ist mit schwarz-grünem, feinen Konkrement bedeckt, das aus niedergeschlagenen Gallenfarbstoffen besteht.

Bei der Beurteilung des Falles kommt man wohl zu dem Schluß, daß es sich um eine angeborene oder doch in früher Kindheit entstandene Zyste des Ductus choledochus handelt, die zunächst symptomlos verlief, bei weiterer Vergrößerung und stärkerer Füllung den Ausgang zum Darm versperrte und zeitweilig wieder freiließ, wodurch der zeitweilig gefärbte Stuhl sich erklärt. Trotzdem derartige Fälle außerordentlich selten sind, — dem Vortragenden ist nur der von Dresmann auf dem Chirurgenkongreß erwähnte bekannt, — so wird man doch in Fällen von chronischem Ikterus im jugendlichen Alter an die Möglichkeit einer solchen Zyste denken müssen.

Diskussion: Herr Huismans (Köln): Der Fall, welchen Herr Kollege Dresmann beschrieb, ist mir bekannt. Es handelt sich um eine ca. 20jährige Patientin, welche seit frühester Jugend an remittierendem Ikterus litt und denselben Befund bot, wie die Patientin des Herrn Hoffmann. Es wurde ebenfalls an eine Zyste im Pankreaskopf gedacht. In operatione Eröffnung einer Zyste und Entleerung einer großen Menge schleimig-wässeriger Galle. Exitus nach einigen Wochen. In obductione ein Klappenverschluß des unteren, in spitzem Winkel ins Duodenum mündenden Choledochusendes, enorme Dilatation des letzteren und aller Gallengänge.

Herr Fleischhauer (Düsseldorf) macht darauf aufmerksam, daß bei dem Präparat in der Umgebung der Zyste starke peritonitische Stränge bestehen. Er stellt sich die Entstehung so vor, daß es ähnlich wie die Entstehung des Hydrops vesicae felleae durch Pericholezystitis, auch in diesem Falle durch Abknickung infolge solcher Stränge zur Zystenbildung gekommen sein könnte. Er führt dafür

an die Hypertrophie der Zystenwandung, die offene Kommunikation des Choledochus mit dem Darm, den Mangel einer Klappe an der offenen Choledochusmündung aus der Zyste. Derartige Stränge können durch mancherlei Ursachen entstehen: Erweichung von Drüsen usw. Für diese Auffassung spricht das Alter des Kindes, 12 Jahre, der Verlauf der Krankheit erst in den letzten Jahren. Redner betont jedoch, daß solche Feststellungen nur bei der Sektion zweifellos gemacht werden können, und bittet die Herren, in vorkommenden Fällen darauf zu achten.

IV. Neue Bücher.

Immelmann. **Zehn Jahre Orthopädie und Röntgenologie 1896—1906.** (Als Manuskript gedruckt.)

In einem kleinen, prächtig ausgestatteten handlichen Büchlein gibt der unermüdliche Verfasser seinen Kollegen Bericht über die bisherige Tätigkeit in seiner orthopädisch-heilgymnastischen Anstalt mit Röntgenlaboratorium und fügt einige interessante Arbeiten aus seinem Spezialgebiet hinzu. Während ich die Besprechung der „Fortschritte in der Orthopädie und die Bedeutung der Röntgenstrahlen für dieselbe“ berufeneren Federn überlassen muß, möchte ich aus der zweiten „die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Begutachter“ betitelten Arbeit einiges hervorheben, was auch den Kinderarzt interessiert.

Die häufig dem Gerichtsarzt und Praktiker vorgelegte Frage, ob ein neugeborenes Kind nach oder während der Geburt gelebt hat, ob ein Fötus lebensfähig gewesen ist und wie weit seine Entwicklung vorgeschritten sei, läßt sich durch eine einzige Röntgenphotographie recht sicher und rasch beantworten. Keine der bisher geübten Methoden gestattet uns, die Entwicklung des Knochengerüstes vom Beginn des dritten Monats des fötalen Lebens an und das Auftreten der Verknöcherungsherde so mühelos zu studieren wie die Untersuchungen mittels der Röntgenstrahlen; während man früher z. B. den Knochenkern im distalen Femurende, dessen Vorhandensein das Überschreiten der 30. Woche des fötalen Lebens, also des gesetzlich für die Lebensfähigkeit eines Fötus maßgebenden Zeitpunktes vermuten läßt, nur durch mühsame Präparation auffinden konnte, ist es jetzt durch eine Röntgenaufnahme sogar möglich, an einer vorgefundenen oberen oder unteren Extremität ohne weiteres das Lebensalter des betreffenden Individuums zu bestimmen. Verf. macht darüber genaue Einzelangaben, hinsichtlich deren ich auf das Original verweise.

Auch die Frage, ob der Fötus in oder nach der Geburt geatmet hat, ist jetzt durch eine einzige Röntgenaufnahme genügend zu beantworten, da die atelectatische Lunge einen Schatten gibt, die lufthaltige nicht. Einzelheiten mag man in der Originalarbeit, die auch jedem Kollegen auf Wunsch zugesandt wird, nachlesen. Wegscheider (Berlin).

L. Bruns. **Die Hysterie im Kindesalter.** Halle a. S. 1906. Verlag von C. Marhold. 2. Auflage. Preis: Mk. 1,80.

Bereits beim Erscheinen der 1. Auflage haben wir diese lehrreiche Monographie warm empfohlen. Das Erscheinen einer neuen Auflage beweist, daß die kleine Broschüre auch einen großen Leserkreis gefunden hat. Möge auch die Neuauflage, welche vielfache Veränderungen zeigt, wieder in recht weiten Ärztekreisen Eingang finden, damit die auch für das Kindesalter recht wichtige Erkrankung besser bekannt und gewürdigt werde! Grätzer.

E. Suckow. **Leitfaden zur Errichtung von Kindermilchanstalten.** Hannover 1906. Verlag von M. & H. Schaper. Preis: Mk. 2,—.

Der Leiter der städtischen Kinder- und Kurmilchanstalt zu Bergisch-Gladbach hat sich ein großes Verdienst dadurch erworben, daß er seine Erfahrungen der Öffentlichkeit übergibt, die bei derartigen kommunalen Anlagen volle Berücksichtigung verdienen. Die praktischen Winke, die der Verf. gibt, werden vielen Nutzen schaffen und lassen den Wunsch aufkommen, daß das Büchlein weite Verbreitung finden möge. Grätzer.

H. J. Hancock. **Japanische Gymnastik für Kinder und Mädchen.** Stuttgart. Verlag von J. Hoffmann. Preis: Mk. 2,—.

Ein recht lesenswertes Büchlein, das der Kinderarzt in seiner Klientel warm empfehlen sollte. Die Kräftigung und Stählung des Körpers durch die hier in Wort und Bild beschriebenen, auf der Basis des japanischen Jiu-Jitsu beruhenden Spiele und Übungen geschieht in so rationeller, dabei kurzweiliger und den Kindern sicherlich viele Freude bereitender Form, daß man kaum Schwierigkeiten haben wird, diese Gymnastik allgemein einzuführen und damit ungemein zu nützen.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Bendix, H., Über Kinderpsychosen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Frequenz und Prognose (Rostock). — **Buch, E.**, Über posttraumatische Sarkomatose im jugendlichen Alter (München). — **Dau, H.**, Die Säuglingssterblichkeit in Greifswald 1901—1905 (Greifswald). — **Dupuis, Fr.**, Ein Fall von Atresia ani et recti congenita (Bonn). — **Dyrenfurth, F.**, Über feinere Knochenstrukturen mit besonderer Berücksichtigung der Rachitis (Freiburg). — **Grain, G. de**, Zystenniere und Zystenleber beim Neugeborenen als Entwicklungsstörung in ihrer Beziehung zur Geschwulsttheorie (Breslau). — **Greiffenberg, M.**, Über den Einfluß der Abnabelungszeit (Halle). — **Kache, W.**, Über charakteristische Merkmale und Resistenz des Micrococcus meningitidis cerebrospinalis (Breslau). — **Lachmann, A.**, Über das Verhalten der Kalkausscheidung bei fieberhaften Erkrankungen von Säuglingen (Breslau). — **Lehle, A.**, Ein Fall von Raynaudscher Krankheit im Säuglingsalter (München). — **Mohn, F.**, Die Veränderungen in Placenta, Nabelschnur und Eihäuten bei Syphilis und ihre Beziehungen zur Spirochaete pallida (Leipzig). — **Prein, M.**, Ein Beitrag zur Ätiologie des plötzlichen Todes im Säuglingsalter (Kiel). — **Ritzmann, H.**, Ovarialtumoren bei Kindern (Breslau). — **Schütze, Chr.**, Isolierte Spiralbrüche und Fissuren der Tibia im kindlichen Alter (Würzburg). — **Schulte, E.**, Rachitische Kurvaturen und ihre Behandlung (Halle). — **Tinnefeld, W.**, Bericht über 22 in der Gießener Augenklinik an Cataracta congenita behandelte Kranke (Gießen). — **Wicke, H.**, Über den Scheintod der Neugeborenen (München). — **Wildt, G.**, Über kongenitale Divertikelbildung der kindlichen Blase mit konsekutiver Hydronephrose.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Seitens des Kultusministeriums finden zurzeit Erhebungen darüber statt, ob und in welcher Weise an den **Hebammenlehranstalten** für die **praktische Unterweisung** in der **Säuglingspflege** Sorge getragen ist oder werden soll. Es haben sich Mängel in der Ausbildung der Hebammenschülerinnen nach dieser Richtung hin gezeigt; im Interesse einer erfolgreichen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist es erforderlich, daß in der Säuglingspflege gut unterrichtete Hebammen mitwirken.

— Zur **Bekämpfung** der **Säuglingssterblichkeit** sind von der Stadt erhebliche Mittel nachbewilligt worden.

— **Ein Kindererholungsheim** ist in Berlin (Gr.-Lichterfelde-West, Albrechtstr. 14a, Telephon Nr. 67) im November 1906 gegründet worden. Das Heim soll eine wirksame Ergänzung der Walderholungsstätten bilden, die in der kalten Jahreszeit geschlossen bleiben, sowie solchen Kindern zugänglich gemacht werden, die auch in der warmen Jahreszeit aus besonderen Gründen in die außerhalb belegenen Erholungsstätten nicht aufgenommen werden können, weil sie z. B. zu angegriffen sind, um die Fahrt zu vertragen. Die Vorteile der Walderholungsstätte bietet der große, inmitten von anderen großen Gärten gelegene Garten des Heims ohnehin. Das Kindererholungsheim hat sich deshalb die Aufgabe gestellt, vorbeugend zu

wirken, um den Kräftezustand skrofulöser oder schwächlicher, aus tuberkulösen Familien stammender Kinder auch nach überstandener Krankheit zu heben. Die Aufnahme anderer schwächlicher Kinder ist nicht ausgeschlossen, sofern keine Ansteckungsgefahr vorliegt. Der Pensionspreis beträgt pro Kind und Tag 1,50 Mk. Das Heim verfügt über 30 Betten und ist während des ganzen Jahres in Betrieb. Ein Arzt wohnt im Hause. Die Behandlung kann jedoch auf Wunsch dem behandelnden Arzte verbleiben. Anmeldungen werden im Heim selbst und in den Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke entgegengenommen, und zwar für NW., W. und C. in der Charité, für N. in der Luisenstr. 8 (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wolff), für O. und NO. in der Palisadenstr. 25, für S., SW. und SO. in der Neuenburgerstr. 23. — Die Besichtigung ist jederzeit gern gestattet.

— Prof. Dr. Joachimsthal ist neben Prof. Hoffa in die Redaktion der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie eingetreten.

Rixdorf. Eine **Säuglingsfürsorgestelle** wird am 1. April eingerichtet.

Dresden. Das von Dr. Schloßmann begründete **Säuglingsheim**, das bisher von einem Verein unterhalten wurde, soll, nach einem Beschluß der Dresdener Stadtverordneten, in städtische Verwaltung übergehen. Bisher hatte die Stadtkasse einen jährlichen Zuschuß von 18000 Mk. geleistet. Das Dresdener Säuglingsheim ist eine Musteranstalt, ihr verdankt Dresden bereits eine ganz wesentliche Abnahme seiner Kindersterblichkeit. Die Anstalt ist für viele andere in Deutschland vorbildlich geworden. Man kann nur wünschen, daß das Verständnis, das die Stadt Dresden durch Übernahme der Anstalt für deren Bedeutung beweist, für andere Stadtverwaltungen ebenfalls vorbildlich sein möge.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Heidelberg. Zum Nachfolger von Geh. Hofrat Vierordt in der Leitung der Luisenheilanstalt (Kinderklinik) sind primo et aequo loco vorgeschlagen Dozent H. Feer (Basel) und Prof. Finkelstein (Berlin).

— Prof. Vulpius (Orthopädische Chirurgie) wurde zum korrespondierenden Mitglied der Société internationale de la Tuberculose in Paris ernannt.

München. Der bisherige Privatdozent für Kinderheilkunde an der Grazer Universität, Dr. Ernst Moro, hat sich mit einem Probevortrag: „Endogene Infektion und Desinfektion" für das gleiche Fach in München habilitiert.

— Um einen Überblick über den derzeitigen Stand der **Obsorge für die krüppelhaften Kinder** und eine Grundlage für den weiteren **Ausbau der Krüppelfürsorge** in Bayern zu gewinnen, haben die beiden Ministerien des Innern eine Erhebung über die Zahl der in Bayern vorhandenen krüppelhaften Kinder angeordnet. Hierzu sind entsprechende Anordnungen an die Distrikts-, Verwaltungs-, Gemeinde- und Schulbehörden sowie die Vorstände der Heil- und Pflege-, der Erziehungs- und Unterrichtsanstalten ergangen. Am 10. Januar 1907 ist eine Zählung der im schulpflichtigen Alter stehenden krüppelhaften Kinder vorzunehmen. Als krüppelhaft gelten die Kinder, welche infolge angeborener Fehler oder durch Verlust, Verkrümmung, Lähmung oder Muskelkrampf einzelner Körperteile in der Bewegungs- und Gebrauchsfähigkeit ihrer Gliedmaßen dauernd beeinträchtigt sind. Die Erhebung erstreckt sich auf alle Kinder, die am Erhebungstag das 6. Lebensjahr vollendet und das 14. noch nicht überschritten haben. Ausgenommen sind nur jene, welche die Schule deshalb nicht besuchen, weil sie zu Beginn des laufenden Schuljahres das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Basel. Wie wir vernehmen, hat Herr Dr. med. E. Feer, Privatdozent, die an ihn ergangene Berufung an die neubegründete Professur für Kinderheilkunde an der Universität Heidelberg und zum Direktor des dortigen Kinderspitals angenommen. (Münch. med. Wochenschrift.)

Malstatt-Burdach. Der Stadtrat hat beschlossen, die **zahnärztliche Behandlung der Schulkinder** zwei Zahnärzten zu übertragen und dafür jedem eine Jahresvergütung von 2500 Mk. zu gewähren.

Gestorben: Dr. B. Unterholzner, Direktor und Primärarzt des Leopoldstädter Kinderspitales in Wien.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Jena), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. NETTER (Pforzheim), Dr. PRÜSSIAN (Wiesbaden), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
Friedenau-Berlin.

XII. Jahrgang. April 1907. Nr. 4.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.



AUCH OHNE ZUCKER
Das älteste in Deutschland eingeführte
DUNG'S
CHINA-CALISAYA
ELIXIR
AUCH MIT EISEN
in 1/4 u. 1/2 LITER-FLASCHEN
Man hüte sich vor Nachahmungen
in den APOTHEKEN zu haben.
DUNG'S aromatisches RHABARBER-ELIXIR
(Elixir Rhei aromatic. Dung),
ein angenehm schmeckendes mildes
Abführ- und Magenmittel
5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel.
Fabrikation von
Dung's China-Calisaya-Elixir
Freiburg i. B.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. **1. April 1907.** No. 4.

I. Originalbeiträge.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik der Charité in Berlin. (Direktor: Prof. Dr. Hildebrand.)

Über Sehnengeschwülstchen bei Kindern.[1])

Von

Prof. Dr. **Pels-Leusden,**

Leiter der Poliklinik.

Primäre Sehnenerkrankungen, wenn man von den Traumen absieht, sind recht selten; am häufigsten werden sie noch beobachtet, wenn sie das Symptom des Schnellens (Federns) an einem Finger hervorrufen. Ich habe nun in den letzten 2 Jahren zwei solcher Erkrankungen bei Kindern beobachtet, welche mir bemerkenswert erschienen.

Die Fälle betrafen ein kleines Mädchen von 4 und einen Knaben von $2^1/_4$ Jahren. Bei jenem waren die unten geschilderten Erscheinungen vor 2 Jahren, bei letzterem vor 14 Tagen bemerkt worden. Im übrigen war der Befund bei beiden Kindern ein so ähnlicher, daß ich sie gut zusammen schildern kann. Bei beiden Kindern, welche sonst blühend und gesund waren, war weder ein Trauma noch eine Erkrankung anderer Art voraufgegangen, auch anamnestisch keine familiäre Erkrankung festgestellt worden. Bei beiden stand der rechte Daumen im Interphalangealgelenk rechtwinklig gebeugt, konnte passiv noch etwas weiter gebeugt, aber weder aktiv noch passiv auch nicht mit einiger Gewalt gestreckt werden. Ließ man aktiv den Daumen möglichst weit einschlagen, beugte passiv das Nagelglied noch möglichst weit, so konnte man beim Übergehen in die Streckstellung deutlich in der Gegend der Sesambeine einen in distaler Richtung sich bewegenden Knoten fühlen, welcher bei der äußersten Streckmöglichkeit im Karpal-, Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenk arretiert wurde. Da durch Röntgenbild festgestellt war, daß das letztere Gelenk, und da die Beweglichkeit in den beiden ersteren vollkommen intakt war, so mußte angenommen werden, daß ein Knoten in der Sehne des Flexor pollicis longus, welcher außer dem ganzen Daumen speziell dessen Nagelglied beugt, die vollkommene Streckung verhindere. Das wurde durch die Operation bestätigt. Letztere habe ich bei dem Knaben vor einem, dem Mädchen vor $^2/_3$ Jahren vorgenommen. In Narkose und Blutleere wurde die Sehnenscheide des Flexor pollicis longus freigelegt über dem Metakarpophalangealgelenk. In ihr kam eine deutliche plattenartige, quergestellte Verdickung zum Vorschein, welche bei Beuge- und Streckbewegungen am Daumen sich deutlich proximal und distal verschob, bei letzteren aber stets an einer

---

[1]) Die Arbeit wurde publiziert in der Deutsch. med. Wochenschrift (1907 Nr. 1). Mit gütiger Erlaubnis der Redaktion derselben drucken wir den interessanten Aufsatz vollständig ab.

bestimmten Stelle festgehalten wurde, wenn das Nagelglied noch in rechtwinkliger Beugung stand. Diese Stelle entsprach genau dem quergestellten Verstärkungsband der Sehnenscheide in der Gegend der Sesambeine, welches besonders nach Eröffnung der Sehnenscheide in der Längsrichtung auf der Schnittfläche als jener aufliegender glatter Wulst erkennbar war. Der Daumen ließ sich danach schon strecken. In der jetzt vorliegenden Sehne kam nun eine spindelförmige Anschwellung zum Vorschein, welche in der Substanz der Sehne lag und nur bei dem Knaben beim Herausheben der Sehne aus ihrem Bett auf der dorsalen Seite als leicht gelblich gefärbte Masse die Oberfläche erreichte. In beiden Fällen handelte es sich um solide Knoten, welche nach Längsspaltung der Sehne scharf aus den sie mantelartig umgebenden Sehnenfaserbündeln herausgeschält werden mußten, wobei die Kontinuität der Sehne nicht gefährdet wurde. In beiden Fällen habe ich, um eine Verwachsung der Sehnenscheide mit der wundgemachten Sehne zu vermeiden, jene sorgfältig mit feinem Katgut wieder vereinigt, ein Vorgehen, welches von Marchesi (l. c. weiter unten) widerraten wird, da man damit eine verengte Stelle in der Sehnenscheide schaffe. Auch Büdinger (Wiener klinische Wochenschrift 1896, S. 432) war vor Marchesi schon dieser Ansicht. In meinen Fällen hat diese Naht keinen Nachteil gehabt und hat es gewiß auch niemals, wenn es sich um normal weite Sehnenscheiden handelt. Andererseits werden aber doch dadurch die normalen Verhältnisse in besserer Weise wieder hergestellt, die Sehne wird wieder richtig gelagert und fixiert. Die Haut wurde sorgfältig vernäht und der Finger für 8 Tage in Streckstellung fixiert. Danach war die Wunde geheilt, die Kinder durften aktiv bewegen, was von diesem Moment ab vollkommen möglich war und es auch seitdem geblieben ist. Erwähnen muß ich noch, daß bei dem kleinen Mädchen wiederholt gewaltsames Redressement mit nachfolgendem Gipsverband gemacht war, wonach sich aber die falsche Stellung stets rasch wieder bildete. Auffallend war, daß, trotzdem der Finger doch lange Zeit in Kontraktionsstellung gestanden hatte, sich keine Veränderung an der Gelenkfläche im Interphalangealgelenk eingestellt hatte.

Die mikroskopische Untersuchung der kleinen Präparate wurde dadurch erschwert, daß es nicht gelang, von dem sehr spröden Material feine Schnitte zu erlangen, auch nicht Serienschnitte anzufertigen.

Bei schwacher Vergrößerung sieht man die Sehnenbündel meist in der Längsrichtung verlaufen, hier und da aber auch auf einen Längsschnitt quer und schräg getroffen, was ja aber bei der Auseinanderdrängung durch einen zentral gelegenen Tumor nicht wundernehmen kann. Jedenfalls macht es nicht den Eindruck, als sei der Knoten durch eine Verknäuelung von Sehnenbündeln entstanden. Überall erscheinen die Sehnenzellkerne sehr zahlreich, spindelförmig, stäbchenartig, rechteckig, quadratisch, in Reihen angeordnet, vielfach dicht gedrängt, wie eine Reihe quadratisch gestalteter Bausteine aneinanderliegend. Die Sehnenbündel sind auseinandergedrängt, durch ein am Hämatoxylenpräparat dunkler gefärbtes Gewebe, welches schon bei ganz schwacher Vergrößerung deutlich verzweigte Gefäße mit sehr zellenreicher Wandung und engem Lumen, vielfach auch lose in den zentralen Partien eng aneinanderliegende verknäuelte Gefäße mit weiterem Lumen, welche jeweilig zu einem spindelförmigen Knoten angeordnet sind, erkennen läßt. Bei stärkerer Vergrößerung wird die Gefäß(Arterien-)natur dieser zellenreichen Stränge und Knoten noch klarer. Die größeren, an welchen eine deutliche Intima und Muscularis zu erkennen ist, lösen sich in kleinere, schließlich in solche auf, welche nur aus einem Endothelschlauch bestehen. Nahe nach dem Rande des Knotens zu liegt in der Nachbarschaft der Gefäßbüschel noch eine Schicht helleren Gewebes von dem Charakter fibrillären Bindegewebes mit unregelmäßigem, durchflochtenem Faserverlauf und verschieden gestalteten, auch sternförmig verästelten Zellen. Nirgends ist eine Anhäufung von Rundzellen zu finden, ja man kann wohl sagen, daß solche fast vollständig fehlen. Mehr im Zentrum des Knotens liegen dann die spindelförmigen Knötchen, aus Gefäßschlingen, vom Bau der Arterien, mit deutlichem, weitem Lumen bestehend. Den Inhalt bildet eine amorphe, etwas bräunliche Masse, welche keine deutlichen roten Blutkörperchen erkennen läßt. Diese mit einem deutlichem Endothel und Ringmuskulatur ausgestatteten Gefäße gehen über in knötchenförmige Wucherungen, an welchen aber trotz des großen Zellreichtums eine lockere adventitielle Schicht, eine mehrfache Ringzellschicht, mit etwas unregelmäßigen, stäbchenförmigen Kernen und eine zentrale Schicht aus längsgestellten Kernen zu unter-

scheiden ist, welche sich also als deutliche Abkömmlinge der in sie übergehenden Gefäße charakterisieren.

In dem andern Fall (Knabe) war leider die Kernfärbung an dem ganzen Präparat eine mangelhafte, was ich auf ein etwas zu langes Verweilen in der Färbungsflüssigkeit (10% Formalin) zurückführe. Es lassen sich aber mit aller Sicherheit auch die dickeren, knötchenförmigen Gefäßknäuel und jungen Gefäßsprossen mit lockerem Gewebe in der Nachbarschaft konstatieren.

Man kann also wohl sagen, daß es sich um einen Prozeß handelt, welcher mit den Gefäßen in direktem Zusammenhang steht, sich teilweise wesentlich auf die Bildung von Gefäßschlingen beschränkt, teilweise, und zwar im Bereiche der jüngeren Gefäße zur Bildung eines lockeren, adventiellen Bindegewebes geführt hat. Dabei fehlen alle entzündlichen Erscheinungen, Nekrosen, Rundzellinfiltrationen. Daher glaube ich einen entzündlichen Prozeß mit Sicherheit ausschließen zu können. Der Gefäßreichtum spricht an und für sich schon gegen eine Tuberkulose, abgesehen davon, daß ich Tuberkelbazillen nicht habe nachweisen können, und daß die Kinder sonst gar keine Zeichen von Tuberkulose hatten. Eine Tierimpfung mit dem an und für sich schon spärlichen Material habe ich unterlassen. Desgleichen glaube ich Lues und eine echte, fibro- oder sarkomatöse Geschwulst ausschließen zu können. Die Wucherungserscheinungen an den Sehnenzellen halte ich für sekundärer Natur, hervorgerufen durch den Reiz der Knötchen in der Sehne.

Das Integrierende an den Knötchen ist die Gefäßvermehrung. Normalerweise enthalten ja auch die Sehnen noch ganz vereinzelte Blutgefäße, welche ihnen durch das Mesotenonium (Vincula) zugeführt werden; aber so zahlreiche Gefäße mit arterieller Wandung sind sicher pathologisch. Sehr nahe liegt der Gedanke, daß wir es hier mit einer Störung zu tun haben, welche mit der Entwicklung der Sehne zusammenhängt, da es sich um Prozesse handelt, welche bei sehr jugendlichen Individuen ungefähr im selben Alter eingesetzt haben. Nun wissen wir über die Entwicklung der Sehnen leider so gut wie gar nichts, und ebenso habe ich über den Gefäßreichtum der Sehnen im embryonalen und postfötalen Leben nichts gefunden. Es wäre aber doch sehr wohl möglich, daß es hier zu einer mangelhaften Rückbildung, eventuell mäßigen Wucherung fötal vorhandener Gefäße gekommen ist, welche an andern Stellen ohne Symptome verläuft, hier aber wegen der Sehnenverdickung Veranlassung zum ärztlichen Eingreifen gegeben hat. Herr Geheimrat Koenig erinnerte mich an fissurale Angiome, welche gelegentlich, wie er beobachtet habe, spontan zurückgingen. Vielleicht haben wir es hier mit etwas Ähnlichem zu tun.

In der Literatur sind Ganglien der Sehnen, tuberkulöse Knoten, traumatisch entstandene Verdickungen und noch einiges andere beschrieben, aber ähnliche Befunde in pathologisch-anatomischer Hinsicht habe ich nirgends verzeichnet gefunden, und es wäre mir lieb, wenn ich von Fachgenossen über ähnliche Dinge etwas erfahren könnte.

Was aber die Knoten nun auch sein mögen, für unser Handeln kommt wohl allein die operative Entfernung dieser leicht diagnostizierbaren Verdickungen in Betracht, welche bei der nötigen Vorsicht

Gefahren nicht bietet, dabei aber ein sicheres und dauerndes Heilresultat gibt.

Kurz darf ich wohl noch eingehen auf das Verhältnis der von mir beobachteten Erkrankung zum „schnellenden Finger“, welcher ja meist bei älteren Individuen beobachtet wird und über den Marchesi in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 1905, Bd. 79, S. 364 ff., eine ausführliche Arbeit veröffentlicht hat, in welcher auch auf die verschiedenen Symptome beim Schnellen hingewiesen und der Versuch gemacht wird, auf Grund dieser Symptome die eigentliche Ursache des Schnellens, ob von der Sehnenscheide, der Sehne und welcher, dem Gelenkapparat herrührend, zu ergründen. Von der letzteren, welche Koenig (cf. sein Lehrbuch Bd. 3, S. 389, Aufl. 8) an einem Zeh beobachtete, Ätiologie abgesehen, sind im wesentlichen Mißverhältnisse in Weite der Sehnenscheide und Dicke der Sehne verantwortlich gemacht worden, ohne daß man zu einer Einigung dabei gekommen wäre. Auf Grund theoretischer Überlegungen, experimenteller und praktischer Erfahrungen kann nach der Überzeugung der meisten Autoren wohl nicht gut daran gezweifelt werden, daß das Schnellen nur zustande kommen kann, wenn ein Mißverhältnis zwischen der Dicke der Sehne und den Gebilden, innerhalb deren sie sich bewegt, also Sehnenscheide und Sublimisgabel (an der Beugeseite des zweiten bis fünften Fingers) an zirkumskripter Stelle vorhanden ist. Es braucht dabei nicht notwendigerweise Sehne und Sehnenscheide pathologisch verändert zu sein, letzteres deswegen, weil weder die Sehne überall einen gleichmäßigen Querschnitt, noch die Sehnenscheide eine gleichmäßige Weite besitzt. Da das Schnellen der Finger hauptsächlich auf Erkrankungen am Beugeapparat beruht, so beschränke ich mich auf die Berücksichtigung der dabei vorliegenden Verhältnisse. Eine Verdickung im Breitendurchmesser besitzt die Sehne des Flexor profundus an ihrer Durchtrittsstelle durch die Sublimisgabel, worauf Bennecke (Deutsche medizinische Wochenschrift 1902, Vereinsbeilage, Nr. 32, S. 246) hinweist. Die Sehnenscheiden werden durch die über sie ausgebreiteten und mit ihr verwachsenen Ligamenta anularia und cruciata, auch durch die Fortsätze der Fascia palmaris stellenweise eingeengt, bzw. unnachgiebiger gemacht. Diese Stellen entsprechen nun stets denjenigen, an welchen eine temporäre Arretierung der Sehne auch bei nur auf Sehne oder Sehnenscheide beschränkter zirkumskripter Verdickung stattfindet. Selbstverständlich wird man auch gelegentlich Sehnen und Sehnenscheide pathologisch verändert gleichzeitig vorfinden können, aber notwendig für das Zustandekommen des Schnellens ist das zweifellos nicht. Selten kommt es nun zu einer so starken Verdickung an Sehne und Sehnenscheide, daß überhaupt die Bewegung in einer bestimmten Stellung unmöglich wird. Meist wird dann wohl ein Stadium voraufgegangen sein, in welchem das Schnellen vorhanden war. Davon ist bei meinen beiden Fällen nichts bekannt. In dem Stadium, in welchem ich sie sah, handelte es sich nicht mehr um einen schnellenden, sondern um einen arretierten Finger, dessen Ursache eine Verdickung der Sehne ohne Beteiligung der Sehnenscheide war.

II. Referate.

Momburg, Die zwei- und mehrfache Teilung der Sesambeine der großen Zehe. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 86. Heft 2—4. S. 382.) Zu einer irrigen Auffassung einer Fraktur an einem der Sesambeine der großen Zehe gelangte M. bei einem Soldaten, der beim Abspringen vom Sprungbrett sofort einen stichartigen Schmerz im rechten Fuß verspürte und nachher über Schmerzen unter dem Großzehenballen beim Auftreten klagte. Es bestand starke Druckempfindlichkeit in der Gegend des tibialen Sesambeins. Das Röntgenbild zeigte eine Zweiteilung des tibialen Sesambeins am rechten Fuße, aber auch eine gleiche Zweiteilung am linken Fuße. Dieser Fall veranlaßte M. eine vor 1 Jahre beobachtete Fraktur eines Sesambeines der großen Zehe zu revidieren. Beim Abspringen vom Rade hatte ein Patient einen stechenden Schmerz im Fuße verspürt und nachher über Schmerzen unter dem Großzehenballen beim Gehen geklagt. Das Röntgenbild des kranken Fußes hatte eine Zweiteilung des tibialen Sesambeins ergeben, die als Fraktur gedeutet wurde. Eine Nachuntersuchung ergab, daß die Zweiteilung an beiden Füßen vorhanden, von einer Fraktur also nicht die Rede war. Bei einem Soldaten, welcher wegen einer Sehnenscheidenentzündung am Fuße in das Lazaret aufgenommen wurde, zeigte das Röntgenbild eine Dreiteilung des tibialen Sesambeines an beiden Füßen. Auf Grund dieses gehäuften Vorkommens von Teilung eines Sesambeines der großen Zehe hat M. die Röntgenbilder der vergangenen 2 Jahre durchgesehen und in weiteren 9 Fällen eine Zweiteilung eines Sesambeines, in weiteren 3 Fällen eine Dreiteilung und einmal eine Vierteilung gefunden. M. nimmt daher in den bisher publizierten Fällen von angeblicher Fraktur der Sesambeine das Vorhandensein einer angeborenen Zweiteilung an. Joachimsthal.

F. Jurcié, Ein Fall von Hyperphalangie beider Daumen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 80. Heft 2. S. 562.) In dem von J. mitgeteilten Falle handelt es sich bei einer 42jährigen Feldarbeiterin um eine Dreigliederung des rechten Daumens. Die Verbildung an der linken Seite der Patientin halte ich nach Analogie eines von mir publizierten Falles, den der Autor leider übersehen hat, nicht für eine Dreigliederung des Daumens, sondern für eine Verdoppelung des Zeigefingers bei Fehlen des Daumens. Joachimsthal.

Bernhard Bauer, Eine bisher nicht beobachtete kongenitale hereditäre Anomalie des Fingerskeletts. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 86. Heft 2—4. S. 252.) B. beobachtete bei einem 15jähr. Patienten eine in der betreffenden Familie erbliche Verbildung beider kleinen Finger. Die Mittelphalanx erschien bedeutend verkürzt und von keilförmiger Gestalt mit ulnarer Basis. Bei der Röntgenuntersuchung ergab sich eine supernumeräre distale Epiphyse an der Phalanx und eine dreikantige Diaphyse. Joachimsthal.

A. Babes, Chronische zystische Synovitis der Sehnenscheiden des gemeinsamen Streckers der Finger und des eigenen Streckers des Zeigefingers. (Spitalul. 1906. Nr. 15.)

Es handelte sich um eine an beiden Händen auftretende zystische Degenerierung der erwähnten Sehnenscheiden des Handrückens bei einem 16 jährigen Knaben. Die Krankheit hatte sich im Laufe von 6 Jahren ohne nachweisbare Ursache langsam entwickelt. Zuerst trat dieselbe links und ein Jahr später an der rechten Hand auf. Es bestanden von Anfang an Schmerzen bei Berührung und Bewegung, und haben sich letztere derart gesteigert, daß der Kranke vollkommen arbeitsunfähig geworden ist.

Die vorgenommene Operation bestand in Eröffnung der zystischen Sehnenscheiden, Resektion eines Stückes derselben und Vernähung mittels Katguts. Die Heilung erfolgte per primam. E. Toff (Braila).

M. Horn, Über Rheumatismus nodosus im Kindesalter. (Aus der Kinderabteilung des Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 47.) H. beschreibt einen interessanten Fall und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Rheumatismus nodosus ist eine auf rheumatischer Basis beruhende, fieber- und meist beschwerdefreie Erkrankung der sehnigen Gebilde und des Periostes, bei der es an verschiedenen Körperstellen, zumeist in der Nähe der Gelenke bilateral und symmetrisch zur Bildung von fibrösen Knötchen kommt.

2. Der Rheumatismus nodosus ist keine Erkrankung sui generis; tritt niemals primär sondern stets sekundär und nur bei rheumatischen Individuen als ein den anderen Manifestationen rheumatischer Infektion koordiniertes Symptom auf, gleichzeitig oder unabhängig von diesen.

3. Er befällt meist Kinder bis zur Pubertät, mit scheinbarer Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes, deren Konstitution durch vorausgegangene rheumatische Erkrankungen geschwächt ist.

4. Der Rheumatismus nodosus ist stets von schweren Herzklappenveränderungen begleitet, die über kurz oder lang ad exitum führen. Den mit ihm komplizierten rheumatischen Erkrankungen muß deshalb eine gewisse Malignität zuerkannt werden.

5. Das Auftreten von Rheumatismus nodosus im Verlaufe von Erkrankungen mit unbekannter Ätiologie muß als pathognomonisches Zeichen für die rheumatische Natur derselben aufgefaßt werden.

Grätzer.

J. Comby (Paris), Anévrysme aortique rhumatismal chez une fille de quatorze ans. (Archives de méd. des enf. Sept. 1906.) Das betreffende $14^1/_2$ jährige Mädchen hatte vor $3^1/_2$ Jahren einen schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht, im Verlaufe dessen sich eine eitrige Periostitis der Tibia und eine Mitralisinsuffizienz entwickelt hatte. Erstere heilte rasch, während letztere zeitweilig zu schweren Erscheinungen Veranlassung gab. $2^1/_2$ Jahre später sah sie C. wieder infolge eines Anfalles von Erstickung, dyspnoischem Husten und Nasenbluten und konnte auf exakte Weise das Vorhandensein eines Aortenaneurysmas feststellen. Die Herzdämpfung war in beiden Richtungen bis auf das Doppelte der normalen Größe verbreitert, es bestand außer dem sichtbaren Spitzenstoße noch ein zweites pulsierendes Zentrum rechts vom Sternum, im zweiten Inter-

kostalraume, man fühlte das Heben der Aorta im Jugulum, der Kopf wurde bei jeder Systole bewegt, kurz über die Diagnose konnte kein Zweifel bestehen. Außerdem waren auch klare Symptome einer Aorteninsuffizienz vorhanden: Corriganscher Puls, Kapillarpuls, starkes diastolisches Geräusch über der Aorta usw. Da Syphilis ausgeschlossen werden konnte, so ist also der Fall ein unzweideutiges Beispiel eines Aneurysmas des Aortenbogens, das sich bei einem Kinde infolge von rheumatismaler Infektion entwickelt hatte.

Bemerkt wird noch, daß sich im Laufe dieser Krankheit auch eine schwere parenchymatöse Nephritis mit oftmals auftretender Hämaturie entwickelt hatte. Auf diesen Zustand war die eingeleitete Jodkaliumbehandlung von Vorteil. E. Toff (Braila).

H. Lomnitz, Über die Angina als Ausgangspunkt schwerer Erkrankungen. (Aus dem Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 2.) L. machte eine Zusammenstellung derjenigen Affektionen, die unter seinen Augen im Anschlusse an Angina entstanden, unter Ausschluß der Anamnese. Es wurden innerhalb der letzten 3 Jahre 151 Fälle von Angina beobachtet. Streptokokken fanden sich in 139 Fällen, davon 15 mal allein, 124 mal mit Staphylokokken zusammen, letztere fanden sich allein in 6 Fällen. Angina Vincenti lag 6 mal vor, davon trat nur 1 mal in der Folge eine Störung von seiten des Herzens auf. Alle anderen Erscheinungen dürften also auf Rechnung der Streptokokken bzw. Staphylokokken zu setzen sein.

Pathologische Erscheinungen überhaupt kamen 27 mal (17 $^0/_0$ der Fälle) vor. Am häufigsten (14 mal) Störungen der Herztätigkeit, meist unter dem Bilde der Bradykardie. Es trat ein Absinken der Pulsfrequenz bis auf 45—60 Schläge ein, meist schon 2—3 Tage nach Ablauf des Fiebers einsetzend. Nach 5—7 Tagen kehrte die Herztätigkeit gewöhnlich wieder zur Norm zurück; nur 3 mal dauerte sie bei der Entlassung an. Systolische Geräusche an der Herzspitze wurden nur 3 mal gehört; niemals konnte dabei eine sichere Dilatation eines oder beider Ventrikel oder eine Verstärkung des zweiten Pulmonaltons festgestellt werden, Erscheinungen also, die zur Annahme einer Endokarditis berechtigt hätten. Nur 2 mal wurde Tachykardie beobachtet, das eine Mal nach vorausgegangener Bradykardie. Im ganzen besteht also hinsichtlich der Herzerscheinungen große Ähnlichkeit der Angina mit der Diphtherie und anderen Infektionskrankheiten, nur sind die Symptome in wesentlich schwächerem Maße entwickelt. Nach Analogieschluß wäre die Annahme leichter myokarditischer Veränderungen gerechtfertigt.

Der Häufigkeit nach folgen dann Nierenerscheinungen (9 Fälle). Mit Fieber einhergehende Eiweißausscheidung zeigte sich 2 mal, eigentliche Nephritis nach Ablauf des Fiebers 3 mal. Zwei dieser Nierenentzündungen gingen in zyklische Albuminurie über, die wochenlang andauerten und bei der Entlassung noch bestanden. Dann gab es ferner eine schwere akute hämorrhagische Nephritis. 4 mal akquirierten Nephritiskranke im Hause eine Angina, und diese übte jedesmal einen verschlimmernden Einfluß auf die Nierenentzündung aus.

Bei einem der Patienten trat unmittelbar im Anschluß an die Angina unter reichlicher Hämaturie eine Urämie ein, die zum Tode führte.

Nur 2 mal wurde ein Zusammenhang zwischen Angina und Gelenkrheumatismus gesehen, und zwar nur als Verschlimmerung bzw. Wiederaufflackern schon bestehender Prozesse. Endlich sind noch je ein Fall von Purpura rheumatica und Sepsis zu verzeichnen, letztere im Anschluß an einen Mandelabszeß auftretend. Grätzer.

T. Oshima, Über die am häufigsten in der Mundhöhle des Kindes normal vorkommenden Bakterien und über die Veränderungen, die durch dieselben hervorgerufen werden. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 45. Heft 1 u. 2.) Verf. legte sich folgende Fragen vor: 1. kommt Milchsäure in der Mundhöhle des Kindes vor und wodurch wird Milchsäure bedingt? 2. welche Bakterien kommen in der Mundhöhle des Säuglings vor? 3. welche Bakterien sind am häufigsten bei älteren Kindern? 4. welche pathologischen Veränderungen bedingen dieselben?

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgender Beantwortung:

1. Die Milchsäuregärung wurde am häufigsten in der Mundhöhle der Kinder nachgewiesen, welche im Alter von 3—6 Monaten standen und mit Kohlehydraten und Kuhmilch genährt wurden, obwohl die Gärung niemals an den Kindern gefunden wurde, die mit Frauen- oder Kuhmilch genährt waren. Welche Mundbakterien die Milchsäuregärung bedingen, konnte nicht sicher bestimmt werden, doch wurden in einigen Fällen mit positivem Nachweise von Milchsäure viele Leptothrixarten in der Mundhöhle nachgewiesen. In der Mundhöhle der fiebernden Kinder wurde immer die Milchsäuregärung nachgewiesen. Die Zahnung übt keinen großen Einfluß auf die Bildung der Milchsäure aus. Bei den mit alkalischer Butter- oder Frauenmilch genährten Kindern wurde niemals eine Spur von Milchsäure in der Mundhöhle gefunden.

2. Bei den durch die oben genannten Bakterien bedingten pathologischen Veränderungen fanden sich: Spirillen als Erreger der Entzündung des Zahnfleisches und der Geschwürsbildung des Zungenrandes, der Tonsillen und des Gaumens; Leptothrixarten als Erreger der Entzündung der Zunge, der Tonsillen und der Pharynxwand; Sarcina sehr selten als Erreger der Pharyngitis; Bacillus fusiformis als Erreger der Stomatitis ulcerosa; Jodococcus vaginatus oftmals bei Entzündung der Rachenwand und des Zahnfleisches.

3. In einigen Fällen waren mehrere pathologische Prozesse gleichzeitig vorhanden und zwar Stomatitis ulcerosa und Glossitis.

Hecker.

F. Monod, Behandlung der Angina. (Semaine médicale. 1906. Nr. 37.) An Stelle der Gurgelungen empfiehlt M. Duschen von Kohlesäurewasser. Zu diesem Zweck wird ein 25 cm langer Kautschukschlauch am Schnabel einer Syphonflasche festgebunden. Der Kranke kann die Dusche selbst applizieren: mit einer Hand hält er den Schlauch im Munde, mit der anderen öffnet er den Hahn des Syphons

und reguliert die Stärke des Strahles. Die Hälfte oder der vierte Teil eines Syphons genügt für eine einzelne Dusche, welche ein oder zweimal pro Stunde wiederholt wird. H. Netter (Pforzheim).

K. Theimer (Wien), Zur Verwendung der Nebennierenpräparate bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 7.) T. hat Renoformpulver als gutes diagnostisches Hilfsmittel bei adenoiden Wucherungen schätzen gelernt. Läßt man die Kinder etwas davon aufschnupfen oder bläst es mit einem Doppelgebläse durch ein Glasröhrchen ein, so retrahieren sich nach 2—3 Minuten die Muschelschleimhäute, und man kann mit dem Lichte nach hinten dringen und leicht die Diagnose stellen, ohne den Finger zu Hilfe nehmen zu müssen, was die Kinder stets kopfscheu macht, und ohne postrhinoskopisch zu untersuchen. T. hat bei einer größeren Anzahl von Kindern auf diese Weise die Vegetationen gefunden und sofort leicht die Operation vorgenommen, da die Kinder nicht durch vorhergegangene Manipulationen ungebärdig wurden. Grätzer.

J. Bokay (Budapest), Nouvelle note sur le traitement local des ulcérations du larynx. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 2.) Der Verf. ist der Ansicht, daß die sekundären Tracheotomien nach Intubation um vieles eingeschränkt werden sollen, nachdem er zahlreiche Fälle zu verzeichnen hat, wo die O'Dwyerschen Tuben viel längere Zeit, als dies sonst üblich ist, vertragen wurden. Da eine länger fortgesetzte Tubenbehandlung zu Geschwürsbildung im Kehlkopfe führt, so benutzt B. nach einigen Tagen Bronzetuben, die etwas länger sind, die er mit einer dünnen Gelatineschicht umgibt und letztere mit Alaunpulver imprägniert. Andere haben zur Imprägnierung auch Ichthyol mit gutem Erfolge benutzt. Jedenfalls werden auf diese Weise die Tuben viel längere Zeit vertragen, und man entgeht der Notwendigkeit, sekundär die Tracheotomie vorzunehmen. Bei den 24 Fällen des Verf.s dauerte die Behandlung mit Ebonitröhren zwischen 91 und 294 Stunden und die darauf folgende mit präparierten Bronzeröhren zwischen 150 und 546 $^1/_2$ Stunden.

E. Toff (Braila).

M. Bérard, Thyreotomie und multiple Larynxpapillome bei Kindern. (Lyon médical. 1906, 11. Febr. S. 253.) Nach Erörterung der verschiedenen, über die histologische Natur dieser Neubildungen aufgestellten Ansichten und einer kritischen Würdigung der in den letzten 10 Jahren vorgeschlagenen Behandlungsmethoden, Tracheotomie mit und ohne Thyreotomie, endolaryngeale Operationen mit den Laryngoskop und Kilians direkte Methode, gibt B. einen Bericht über seinen Fall, der einen 9jährigen Knaben mit Papillomen der Stimmbänder und den vorderen Kommissur betraf. Die seit 3 Jahren bestehenden Symptome waren Heiserkeit und nächtliche Anfälle von Atemnot. B. machte eine primäre Thyreotomie ohne präliminare Tracheotomie. Die Wunde heilte per primam und die Stimme, anfangs noch heiser, besserte sich beständig, sodaß der Knabe nach 3 Jahren schon ein wenig singen konnte. Diese Papillome scheinen Verf. fast immer entzündlicher Natur zu sein; im vorliegendem Fall erweckte die starke kleinzellige Infiltration und der epithe-

loide Charakter gewisser Zellgruppen den Verdacht auf einen tuberkulösen Ursprung. Die Thyreotomie ohne Tracheotomie verlief in beschriebenem Falle ohne Gefahr, und der Autor hält die an anderen Operationen geäußerten Bedenken für übertrieben und die Gefahr einer Lungenkomplikation für geringer als bei den vielen Manipulationen durch die engen Vias naturales. Sorgfältig ausgeführte Inzision und Naht vermag ferner einer Schädigung der Stimme vorzubeugen. Die Kiliansche direkte Methode bietet große Vorteile, besonders zur Behandlung von Rezidiven, und wird wahrscheinlich die Methode der Zukunft werden, aber eine gewisse Zahl von Fällen wird der externen Operation reserviert bleiben, besonders die mit Obstruktion verbundenen, und für diese empfiehlt B. die primäre Thyreotomie.

H. Netter (Pforzheim).

Koellreutter, Zur Therapie der Larynxpapillome. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1906. Nr. 11.) Zwei Fälle von Larynxpapillomen, welche trotz mehrmaliger gründlicher chirurgischer Entfernung der Tumormassen immer wieder rezidivierten. Im ersten Falle trat völlige Heilung nach Darreichung von Liquor arsenical. Fowl. ein, im zweiten wurde das Kehlkopfbild nach fortgesetzter Therapie mit Jodkalium ein normales. Die Erfahrungen über die Behandlungen der Larynxpapillome mittels interner Mittel sind bisher mehr als spärlich. Vielleicht, ja wahrscheinlich, hat auch in diesen beiden Fällen die operative Behandlung sehr zur Heilung beigetragen, das gute Endresultat hat sie schwerlich allein herbeigeführt. Bei der Trostlosigkeit der bisherigen Therapie bei rezidivierenden Larynxpapillomen muß jedes Hilfsmittel willkommen sein. Bei der gerade nicht großen Häufigkeit dieser Fälle hat Verf. es für wert gehalten, schon jetzt diese beiden zu veröffentlichen, um gegebenenfalls die Kollegen anzuregen, weitere Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln.

A. Sonntag (Berlin).

Georg Finder, Kehlkopfuntersuchung und einige hauptsächliche Kehlkopfkrankheiten bei Kindern. (Berl. klin. Wochenschrift.. 1906. Nr. 45.) Man soll in jedem Fall, in dem eine Untersuchung des Kehlkopfes beim Kinde nötig ist — und sie soll in allen Fällen von Heiserkeit, besonders wenn diese andauernd ist, gemacht werden — zunächst die Spiegelung versuchen und wenn diese an der Widerspänstigkeit der Kinder scheitert oder aus anderen Gründen nicht durchführbar ist, zu der direkten Besichtigung übergehen. Ob man diese mit dem Kirsteinschen Spatel oder einem Kilianschen röhrenförmigen Instrument vornimmt, hängt von der persönlichen Liebhaberei und Übung des Arztes ab. Für die Vornahme endolaryngealer operativer Eingriffe haben die autoskopischen Methoden bei der Anwendung des Spiegels den Vorzug, daß die fortwährende Beschmutzung der Spiegelfläche durch emporgehustetes Blut und Sekret fortfällt.

Von den Kehlkopfkrankheiten der Kinder wurden besprochen: der kongenitale Larnyxstridor, die akute und chronische Laryngitis, speziell die im Kindesalter so häufige Laryngitis nodosa, der gegenüber alle therapeutischen Maßnahmen überflüssig sind, die aber ge-

wöhnlich im Pubertätsalter von selbst verschwindet, und die Papillome. Die Frage, ob man diese durch endolaryngeale Eingriffe oder durch Operation von außen her (Laryngofissur) entfernen soll, scheint heute zugunsten der ersteren Methode entschieden. Finder (Autoreferat).

H. Haase, Über eine Epidemie von hysterischem Laryngismus. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 22.) H. erlebte diese Epidemie in einem Wiener Waisenhaus, welches 36 Mädchen von 6—16 Jahren beherbergt. Es erkrankten plötzlich etwa ein Dutzend derselben an Husten. Derselbe erinnerte lebhaft an Pertussis, wich aber in mancher Weise davon ab. Der Husten wurde immer intensiver, immer mehr Kinder wurden befallen. Eines Tages verlor ein Mädchen diesen Husten, es fing aber dafür rhythmische bellende und heulende Töne auszustoßen an, und noch am gleichen Tage bellten und heulten auch die anderen Mädchen in gleicher Weise. Es gesellten sich Schwächezustände und Mattigkeit, sowie hochgradige Reizungen im Nervengebiete hinzu, welche den Verdacht des neuropathischen Charakters der Affektion noch bestärkten. Prof. Kassowitz, der hinzugezogen wurde, nahm sich jedes Mädchen einzeln vor, beruhigte sie, machte ihnen dabei energisch das häßliche dieser tierischen Laute klar, mahnte und drohte, und sehr bald waren die Mädchen von ihrem Leiden befreit. Grätzer.

L. Ballin, Zur Ätiologie und Klinik des Stridor inspiratorius congenitus. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Entgegen den Befunden Hochsingers, die sich alle nur auf röntgographische Untersuchungen stützen, ergaben zwei Sektionen von Kindern, die an typischem Stridor inspiratoris congenitus litten, direkt kleine Thymen und keine Spur von Hypertrophie. Für solche Fälle muß also die Annahme eines Stridor thymicus im Hochsingerschen Sinne abgelehnt werden. Dagegen fand sich in zwei Fällen eine abnorme Bildung des Kehlkopfs — Kleinheit des ganzen Organs und starke Verengerung des Aditus laryngis. Ob diese Anomalie auf eine primäre Verbildung des Kehlkopfs oder auf eine Koordinationsstörung mit sekundärer Formveränderung des Kehlkopfes zurückzuführen ist, bleibt unentschieden. Hecker (München).

Herm. Cohn (Berlin), Ein Fall von Tracheostenose und plötzlichem Tode durch Thymusschwellung. (Deutsche med. Wochenschr. 1906. Nr. 35.)

C. wird zu einem 8 Monate alten Kinde gerufen wegen krampfartiger Anfälle, die seit 2 Tagen sich zeigen; auch soll das Kind seit 4 Wochen etwas schweratmig sein, und diese Schweratmigkeit in den letzten 14 Tagen unter unregelmäßigem Fieber an Intensität zugenommen haben.

C. findet ausgesprochen stenotische Atmung. Bei der Einatmung deutliche inspiratorische Einziehungen der seitlichen unteren Thoraxflächen; rhythmisch bei der Atmung, besonders im Exspirium, über dem Jugulum und besonders auf der linken Seite des Halses polsterartige Schwellungen hervortretend.

Keine diphtheritische Stenose, kein Retropharyngealabszeß, Hals und Nase frei, im Rachen nichts, keine akuten Zervikaldrüsenschwellungen; Kopf frei beweglich, Husten nicht laryngeal, nicht bellend; diffuse Bronchitis. Bei Palpation der unteren Halspartien hatte C. in der Fossa jugularis das Gefühl, als ob sich vom Mediastinum her bei der Atmung eine Resistenz nach oben verschiebe; bei der Perkussion fand sich über dem oberen Teile des Sternum eine starke Däm-

pfung, die das Sternum nach beiden Seiten etwas überschritt und bis zur Höhe der 3. Rippe reichte. Temp. 38,8°, Puls 140.

Diagnose: Atmungsstörung durch Thymusschwellung. Ordination: Jodtinkturpinselung, hydropathische Umschläge, Ipecacuanha.

Befund am nächsten Tage unverändert. C. beobachtete einen der jetzt alle 2—3 Stunden wiederkehrenden Anfälle: Das Kind beginnt plötzlich ängstlich zu wimmern, mit den Händen um sich zu schlagen, der vorher volle und kräftige Puls wird sehr klein, fadenförmig und sehr beschleunigt (über 200), die Lippen werden immer blauer bis tiefzyanotisch; auf diesem Höhestadium der Asphyxie verharrt das Kind wenige Sekunden, dann erholt es sich allmählich, und nach 2 Minuten ist alles vorbei. Temp. 40° in ano.

In der nächsten Nacht wird das Kind tot im Bett vorgefunden. Die Sektion deckte einen Abszeß der Thymus auf, die in einen kleinapfelgroßen Eitersack verwandelt erscheint.

Der Fall zeigt zunächst, daß Tracheostenose durch Thymusschwellung möglich ist, daß aber der Druckwirkung vor allem die großen Gefäße unterliegen. In welcher Weise, geht aus obiger Schilderung hervor. Ob nicht manche der „plötzlichen Todesfälle" auch nicht ohne Vorboten eingetreten sind, ob nicht auch bisweilen leichtere Anfälle obiger Art vorausgingen, die bloß nicht genügend beachtet wurden! Jedenfalls ist der Tod durch Thymushypertrophie eher die Folge des Druckes auf die Gefäße, als des Druckes auf die Trachea.

Grätzer.

C. A. Asburg, Fremdkörper im rechten Bronchus. (Laryngoscope. Dezember 1906.) Der aspirierte Fremdkörper, eine breitköpfige Nadel, wurde bei einem 4jährigen Kinde mit Hilfe der Röntgendurchleuchtung festgestellt und unter Chloroform mit dem Kilianschen Bronchoskop entfernt, das man durch den Tracheotomiewunde eingeführt hatte. Nach einer Woche wurde die Kanüle herausgenommen. Das Kind genas.

H. Netter (Pforzheim).

Guisez (Paris), Remarque à propos d'un sixième cas d'extraction de corps étrangers bronchiques par la bronchoscopie supérieure. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Jan. 1907.) Der Verf. beschreibt einen neuen Fall, bei dem es ihm gelungen ist auf natürlichem Wege durch das Bronchoskop einen in die Bronchien gelangten Fremdkörper zu extrahieren, und hebt die Vorteile dieser Methode gegenüber der Thorakotomie hervor.

In dem betreffenden Falle handelte es sich um einen $5\frac{1}{2}$ jährigen Knaben, welchem das Mundstück einer Kindertrompete in den rechten Bronchus gelangt war und dort einerseits durch das Röntgenbild und andererseits durch das musikalische Geräusch, welches dasselbe beim Atmen zu hören gab, nachgewiesen werden konnte. Sowie die Röhre des Apparates bis zum Fremdkörper eingeführt wurde, konnte dasselbe mit einer speziellen Pinzette gefaßt und mitsamt dem ganzen Apparate extrahiert werden. In Chloroformnarkose bietet das Einführen des Bronchoskops keine besonderen Schwierigkeiten dar, gewisse Stellen lösen, trotz tiefer Narkose, Hustenstöße aus, was durch Kokaineinpinselungen mit Leichtigkeit bekämpft werden kann.

E. Toff (Braila).

Dumas, Les inhalations d'oxygène dans les bronchopneumonies infantiles. (Thèse de Lyon. 1906.) Die Behandlung der Bronchopneumonie bei Kindern steht noch bei weitem nicht auf

so festen Füßen, als daß man nicht jede Verbesserung und Erweiterung derselben mit Freude begrüßen sollte. Namentlich ist es das Symptom der Dyspnoe, welchem man meist machtlos gegenübersteht, und für dasselbe dürfte die Behandlungsweise des Verf.s mittels Inhalationen von Sauerstoff von besonderem Vorteile sein. Doch wirken dieselben nicht nur symptomatisch auf den Luftmangel, sondern auch auf den ganzen Zustand des Patienten. Das Angstgefühl, die Cyanose und die krampfhaften Inspirationen verschwinden, um einem Ruhezustand Platz zu machen, und die kleinen Patienten schlafen meist nach der Inhalation ruhig ein. Der Puls wird voller und regelmäßiger, und auch die Zahl der Atemzüge in der Minute nimmt in erheblichem Maße ab. Es scheint, daß der Sauerstoff auch lokal auf die Infektion der Luftwege in kurativer Weise einwirkt.

Bei größeren Kindern ist die Administration des Mittels sehr leicht, nur kleinere Patienten müssen erst mit dem Saugstücke gewöhnt werden, worauf sie dann dasselbe oft selbst verlangen.

Die Menge des zu verwendenden Sauerstoffes beträgt 30—100, oft auch bis 200 l in 24 Stunden. Man scheue größere Dosen nicht, da dieselben ganz ungefährlich sind. Die Inhalationen können während der Nacht ausgesetzt oder fortgesetzt werden, je nach dem Zustande des Kranken und dem Grade der Erkrankung.

Der Verallgemeinerung dieser Behandlungsweise dürfte sich der Kostenpunkt entgegenstellen, namentlich in der Privatpraxis, wo etwa 3—3,50 Fr. pro Tag für die notwendige Gasmenge zu verausgaben wären. Im Krankenhause aber könnte man die Kosten von 100 l Sauerstoff auf etwa 50 Centimes ansetzen. E. Toff (Braila).

E. Cohn-Kindborg, Über Heißlufttherapie bei Emphysem, chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale. (Aus der Mediz. Univers.-Poliklinik in Bonn.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 41.) Verf. hatte sich davon überzeugt, daß durch Erhitzung der Thoraxoberfläche eine intensive Blutableitung, eine Entlastung der Lunge zustande kommt, und suchte dies bei Fällen, wo eine Blutentlastung der Lunge angezeigt erschien, therapeutisch zu verwerten. Ein von der Firma Eschbaum hergestellter, den ganzen Thorax umfassender Heißluftkasten, der an den Öffnungen für Kopf, Rumpf und Arme mit Filz abgedichtet und über einem Stuhl mit Rückenlehne in beliebiger Höhe verstellbar ist, wurde benutzt (der Apparat ist so verstellbar, daß auch Kinder bis zu 6 Jahren herab ihn benutzen können; es werden aber noch Kästen von verschiedener Größe hergestellt werden). Dauer der Sitzung 1 Stunde, Erhitzung bis zu 80° C.

Die therapeutischen Erfolge waren recht befriedigend. Unter 12 Fällen von Emphysem und chronischer Bronchitis, meist Kombinationen beider, 11 mal sehr günstige Beeinflussung der Erscheinungen. 5 Fälle von Asthma bronchiale (darunter 4 Kinder), alles recht schwere Fälle, wurden ebenfalls günstig beeinflußt, sowohl was die subjektiven, als auch was die objektiven Symptome betrifft: z. B. subjektive Erleichterung der Atemnot, Verschwinden des Stridors, erheblicher Rückgang des Volumen pulmonum auctum, Zunahme der Vitalkapazität der Lungen, Nachlassen des Hustens und Auswurfs usw.

Grätzer.

Bosc (Roche-Guyon), Pneumonie franche débutant par un accès de faux-croup. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Juin 1906.) Die stridulöse Laryngitis ist bei Kindern oft der Anfang einer allgemeinen oder lokalen Krankheit, so z. B. sind die Anfälle von falschen Krupp bekannt, welche am Anfange gewisser Masernerkrankungen auftreten. Ähnliches kann auch bei Bronchitis und Pneumonie beobachtet werden. In letzterer Beziehung gibt der Verf. die Krankengeschichte eines $6\,^1/_2$ Jahre alten Kindes, bei welchem eine lobäre Pneumonie mit kruppösen Anfällen begonnen hatte, so daß man schon auf dem Punkte war, die Intubierung vorzunehmen.

E. Toff (Braila).

Clinciu und **V. Popescu** (Bukarest), Influenza kompliziert mit Lungengangrän und nachfolgendem Pyopneumothorax. (Spitalul. 1906. Nr. 4.) Der Fall, einen 15jährigen Knaben betreffend, bot Interesse sowohl durch die ungewöhnliche Komplikation, als auch durch die Raschheit, mit welcher die verschiedenen Erscheinungen aufeinander folgten, dar. Von Beginn der Erkrankung bis zum Exitus letalis vergingen nur 5 Wochen, und wurde bei der Nekropsie eine nußgroße gangränöse Stelle in der rechten Lunge und rechtsseitiger Pyopneumothorax gefunden. Im gangränösen Herde fand man Staphylokokken, Streptokokken und Saprophyten, hingegen waren im Sputum während des Lebens nur Pfeiffersche Bazillen nachweisbar, da es zu einer Expektorierung der gangränösen Massen noch nicht gekommen war.

E. Toff (Braila).

Kučera, Zwei Fälle von Tracheobronchitis hervorgerufen durch den Mikrococcus catarrhalis. (Przeglad lekarski. Nr. 28 ex 1906.) Ein 18jähriges Mädchen erkrankte unter Fiebererscheinungen (39,5° C.), Kopfschmerzen und leichtem Bronchialkatarrh. Widal negativ. In der zweiten Woche geringe Milzschwellung. Mangels sonstiger Daten wurde Influenza konstatiert, die Wirkungslosigkeit des Aspirin fiel aber schon damals auf.

Paar Tage darauf erkrankte ein 3jähriges, durch die Obgenannte gepflegtes Kind, an ebensolchen, jedoch seitens des Respirationstraktus bedeutend intensiveren Erscheinungen; auch hier wurde Influenza angenommen. Das beim Kinde untersuchte Sputum hatte makroskopisch ein mukopurulentes Aussehen, mikroskopisch aber statt des sonst bei akutem Katarrh vorzufindenden Bildes, sah man Diplokokken, die sich nach Gram färbten, und welche auf Agar oder Aszitesflüssigkeit übertragen, fast Reinkulturen von Mikrococcus catarrhalis darboten.

K. hebt die Ähnlichkeit dieses Mikrococcus mit dem Mikrococcus meningitidis intrac. hervor, und betont, daß man bei der Differentialdiagnose sich mit der Gramschen Methode nicht zufrieden geben soll.

Es scheint zweifellos, daß dieser Diplococcus Ursache der Krankheit des Kindes war, ex post muß man ihn auch als Erreger des Leidens des Mädchens ansehen. K. glaubt, daß solche Fälle ziemlich oft vorkommen, und zwar dann, wenn keine ausgesprochenen Influenzaerscheinungen vorhanden sind, und doch keine Basis für eine anderweitige Diagnose gegeben ist. Speziell trifft das bei Kindern

zu, woselbst wir diesen Mikrococcus catarrhalis häufiger finden als bei Erwachsenen. Eine ähnliche Epidemie trat bei Säuglingen im St. Annen-Spital in Wien im Oktober v. J. und Jänner d. J. auf.

Gabel (Lemberg).

M. Rostowzew, Über das Epidemische der Perityphlitis und über die Beziehung derselben zur Grippe und den anderen Infektionskrankheiten. (Beilage der St. Petersb. med. Wochenschr. 1906. Nr. 25.) Entsprechend den Anweisungen Golubows nahm R. „große Zahlen" statistischer Angaben zweier großer städtischer Hospitäler Petersburgs und kam auf Grund dieses Materials zur Überzeugung, daß die Furcht vor der Perityphlitis absolut unbegründet ist, da eine progressive Verbreitung derselben durchaus nicht festzustellen ist. Die größere Häufigkeit ist nur eine scheinbare und dadurch zu erklären, daß die Ärzte sie besser kennen und leichter diagnostizieren als früher. Diese Krankheit ist auch im Publikum daher „modern" geworden, wofür die Gründung verschiedener Appendizitisklubs und der Versicherungsgesellschaften gegen Appendizitis spricht. Die Theorie über die epidemische Verbreitung ist nur auf allgemeine Eindrücke begründet und kann durch statistische Ziffern widerlegt werden. Die ätiologische Rolle der Influenza ist eine höchst geringe und hinterläßt kaum irgendwelche Spuren, da diese Fälle sich in der allgemeinen Masse verlieren; dasselbe gilt von den übrigen Infektionskrankheiten auch.

H. Netter (Pforzheim).

Luigi Concetti (Rome), L'appendicite avec symptomatologie à gauche. (Archives de méd. des enfants. Decembre 1906.) Der Verf. bestätigt das, namentlich von Senglave in seiner Inauguraldissertation (Monpellier 1906) beschriebene Vorkommen von Appendizitis mit hauptsächlicher Lokalisation der Symptome links und führt zwei Fälle eigener Beobachtung, ein 3 und ein 6jähriges Kind betreffend, an, von denen letzteres nach vorgenommener, wiederholter Laporatomie und nach Entleerung verschiedener Eiteransammlungen, genas. In beiden Fällen wurde eine Nekrose des Wurmfortsatzes mit Austritt infektiöser Stoffe in den Bauchraum gefunden, wodurch keine lokale Infektion, sondern eine rasche, akute Entzündung der ganzen peritonealen Serosa, mit hauptsächlicher Lokalisation der pathognomonischen Erscheinungen in der linken Bauchseite, bewirkt wurde.

In solchen Fällen ist ein chirurgischer Eingriff unbedingt notwendig und muß immer der Zustand des Wurmfortsatzes festgestellt werden, da sonst, trotz antiseptischer Waschungen, infolge Fortbestehens der pathogenen Ursache, d. h. des Ergusses fäkaler Massen in den freien Bauchraum jede Genesungshoffnung zunichte gemacht wird.

Bei beiden obenerwähnten Fällen wurden Koprolithen im Wurmfortsatze gefunden, welche wahrscheinlich die Ursache des nekrotischen Prozesses waren.

E. Toff (Braila).

Giovanni Setti, Primärer, rasch zum Tode führender und eine Perityphlitis vortäuschender Psoasabszeß. (Gezz. degli osped. e delle cliniche. 1906. 25. Febr.) 8jähriger Knabe eines

syphilitischen Vaters mit $2^1/_2$ Jahren Pertussis, mit $3^1/_2$ Jahren Masern, kräftiges Kind. Am 19. September 1901 stürzte es, mit einem schweren, an den Schultern befestigten Tragkorb zu Boden, auf die rechte Flanke. In der Nacht vom 19. zum 20. September Leibschmerzen, worauf die Mutter am folgenden Morgen eine Dosis Rizinusöl gab. Danach harter, schwärzlicher, übelriechender Stuhl mit 6 Askariden darunter. In der folgenden Nacht innerlich Leibschmerzen, unten und rechts in das Bein ausstrahlend. Bei Druck in die Fossa iliaca leichte Schmerzhaftigkeit. Hüftgelenk frei, kein Fieber. Calomel mit Scamonium. Während der nächsten 3 Tage Zustand befriedigend. Am 25. September, am 6. Krankheitstag, 39,2, rechtes Bein gegen das Becken gebeugt, beim Schreien heftige Schmerzen, Leib aufgetrieben, Défense musculaire in der Ileocoecalgegend. Am 26. hat sich der Schmerz in das Hypogastrium ausgebreitet, dabei Dysurie und andauerndes Fieber. Meteorismus und Leibschmerzen steigern sich immer mehr. Jetzt wird ein Tumor in der rechten Fossa iliaca fühlbar. Beide Beine im Hüftgelenk gebeugt. Anorexie, Nausea, Delir, Konvulsionen. Am 27. teilt man der Mutter mit, daß es sich um eine eitrige Perityphlitis handelt. Tod am 1. Oktober.

Autopsie: Appendix normal, Coecum kongestioniert, kein Eiter in der Bauchhöhle; Musculus ileo-psoas in seinem mittleren Teil geschwollen. Auf eine Inzision in dieser Gegend entleeren sich 200 g Eiter. Weder am knöchernem Becken noch an den Wirbeln irgend eine krankhafte Veränderung. H. Netter (Pforzheim).

Ch. Leroux, Pneumonie und Appendizitis. (Société méd. chir. de Paris. April 1906.) Ein 5jähriges Kind wird plötzlich von Fieber, Erbrechen, Schmerzen in der rechten Bauchseite, Aufblähung usw. befallen. Der Vater, selbst Arzt, hält die Erkrankung für eine akute Appendizitis. Aber das Kind hat ein Oppressionsgefühl, der Schmerz ist ein diffuser, ohne genaue Lokalisation, ohne Défense musculaire. L. hält den Zustand für eine pseudoappendikuläre Pneumonie. Der Verlauf gab ihm Recht. — Ein 12jähriges taubstummes Kind wird am 18. Dezember 1905, 5 Uhr abends, von Frost und Fieber und Erbrechen befallen. Im rechten Hypochondrium besteht Schmerz. Temperatur 39,5, Puls 120. Am folgenden Tag findet L. den Kranken von Oppressionsgefühl befallen, ohne Husten, mit 40,2 und 130 Pulsen. Am Thorax keine physikalischen Zeichen, Leib jedoch aufgebläht, zwischen Leber und Appendixgegend Druck schmerzhaft, leichte Défense musculaire. Man hält den Zustand für eine Pneumonie des rechten Unterlappens „mit abdominalem Seitenstechen". Gleichwohl wird auf den Leib Eis appliziert. Abends 40,5; am folgenden Tag Röhrenatmen unterhalb des Skapularwinkels. Leib immer schmerzhaft mit Défense musculaire am McBurneyschen Punkt. In der Annahme einer konkomitierenden Appendizitis Überführung in das Hospital. Per rectum fühlt man einen rundlichen Tumor, Puls 140, Neigung zum Kollaps. Bei der Operation zeigt sich eine eitrige Peritonitis mit perforierender Appendizitis. Tod. Autopsie: Pneumonie der zwei unteren Drittel der rechten Lunge, abgesackte eitrige

Peritonitis. Wahrscheinlich hatte der Kranke eine leichte Appendizitis, die durch das Hinzutreten der Pneumonie von neuem angefacht wurde. Wenn also die Pneumonie mit abdominalem Seitenstechen für eine Appendizitis imponieren kann, so kann die Appendizitis sich in gleicher Weise mit einer Pneumonie komplizieren.

H. Netter.

E. Patry, Akute generalisierte Pneumokokkenperitonitis. (Revue médicale de la Suisse romande. 1906. 20. Mai.) Das 5jähr. Mädchen hatte bereits mehrere Male an Vaginitis gelitten. Am 20. August 1904 wurde es plötzlich nachmittags von heftigen Leibschmerzen und Erbrechen befallen. Ein zwei Tage darauf herbeigerufener Arzt diagnostizierte eine Peritonitis und überwies das Kind dem Hospital. Puls 136, Temperatur 39°, Facies abdominalis, Leib ballonartig, Défense musculaire. Da die Schmerzen besonders in die rechte Seite lokalisiert wurden, nahm man eine appendikuläre Peritonitis an und schritt um 8 Uhr abends zur Operation, $4^1/_2$ Tage nach Beginn der Erkrankung. Bei der Eröffnung des Leibes flossen etwa 150 g einer geruchlosen seropurulenten Flüssigkeit ab. Das Peritoneum hyperämisch, Darmschlingen gebläht und mit Pseudomembranen bedeckt. Zur leichteren Freilegung eines entzündlichen Pakets in der rechten Fossa iliaca wird ein zur ersten Inzisionswunde perpendikulärer Schnitt gemacht. Resektion eines für den Appendix gehaltenen Organs. Toilette der Bauchhöhle. Seruminjektion. Nach einigen Tagen entwickelte sich, während die Dinge im Unterleib sich günstig gestalteten, eine linksseitige Unterlappenpneumonie mit folgender Pleuritis der rechten Seite. Beim Verbandwechsel am 19. September stößt sich ein Paket brandigen Gewebes ab, dem die Entleerung von 20 g Eiter folgte. Andauerndes Fieber, Leibschmerzen, am 8. Oktober Erbrechen von Galle im Eiter. Von da ab Besserung und schließliche Heilung. Das für den Appendix gehaltene Organ waren das rechte Ovarium und ein Teil der Tube. H. Netter.

Oppenheimer, Über die Anwendung von Sonnenbädern bei Peritonitis tuberculosa. (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Ther. Bd. X. Heft. 10.) Der Verf. hat bei 2 Fällen von tuberkulöser Peritonitis mit großem Erfolg Sonnenbäder angewandt. Der Leib wurde zusehends weicher; der Leibesumfang ging erheblich zurück; das Körpergewicht nahm zu und das ganze Aussehen der Kinder veränderte sich auf das günstigste. Während vor Beginn der Sonnenbäder die Kinder das Bild von Schwerkranken dargeboten hatten, genügten wenige Bäder, um das Bild von Grund aus zu verändern. Auf welche Weise die günstige Wirkung der Besonnung zustande gekommen ist, vermag der Verf. nicht anzugeben; er vermutet, daß durch die starke Erwärmung eine Hyperämie des Peritoneums erfolgt, also etwas Analoges, wie bei der Laparotomie, deren Heileffekte bei dieser Krankheit bekannt sind. Wenn dies richtig wäre, so würden sich für die Anwendung von Sonnenbädern die gleichen Indikationen ergeben wie für die Biersche Stauung. Freyhan (Berlin).

Wilczynski, Cytologische Untersuchungen der pleuritischen, peritonitischen Ex- und Transsudate sowie des

Liquor cerebro-spinalis. (Gazeta lekarska. 1906. Nr. 4 u. 5.) Im Liquor cerebro-spinalis findet man bei Meningealtuberkulose Lymphozytose, wogegen bei epidemischer Genickstarre neutrophiles Sediment zu konstatieren ist, bei anderen akuten Infektionskrankheiten enthält der Liquor cerebro-spinalis keinerlei morphotische Elemente. Bei Gehirnlues finden wir entweder reine Lymphozytose oder mit neutrophiler Beimengung. In 70% Fällen von Tabes wurde Lymphozytose beobachtet. Erythrozytose kommt bei frischen Gehirnhämorrhagien vor.

Dort wo Verdacht auf eine Affektion von Gehirn und Rückenmarkshäuten vorhanden ist, soll der Liquor cerebro-spinalis untersucht werden.

Abgesehen davon, daß Lumbalpunktion der einzige rationelle therapeutische Eingriff bei epidemischer Genickstarre ist, ist sie zugleich ein wichtiges differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Gabel (Lemberg).

Dufour, Die Behandlung der chronischen Pleuritis mit Punktion und Luftinjektion. (Société médicale des hôpitaux in Paris, 12. Okt. 1906; Semaine médicale. 1906. Nr. 43.) Bei der Patientin, welche seit ungefähr 6 Monaten an Pleuritis litt, waren 6 Punktionen bereits vorgenommen worden, doch hatte sich das Exsudat nach jeder Punktion erneuert. Bei jeder Punktion konnten niemals mehr als $1^1/_2$ Liter entleert werden, weil sich sonst Intoleranzerscheinungen, Atemnot, Oppression usw. einstellten, wahrscheinlich bedingt durch Adhäsionen, welche eine Erweiterung der Lungen hinderten. Bei einer 7. Punktion wurde, sobald Intoleranzerscheinungen sich meldeten, Luft durch eine neben dem Troikart eingestochene Lumbalpunktionsnadel mit Hilfe eines Gebläses von einem Thermokauter injiziert, im ganzen $1^3/_4$ Liter. Auf diese Weise gelang in einer einzigen Sitzung die Entnahme von $3^1/_2$ Liter Exsudat ohne das Dazwischentreten von Intoleranzerscheinungen. Die Kranke wurde vollständig hergestellt. Die Injektion von Luft ist auch das einzig wirksame Verfahren zur Vermeidung des Lungenödems, wie es während einer Punktion der Pleurahöhle vorkommt. — Vaquez betont zunächst im Anschluß an den Vortrag von D., daß Gaseinblasungen in zweifacher Weise wirken können: Sie wirken bei Tuberkulose mechanisch durch Immobilisation der Lunge infolge des künstlichen Hydropneumothorax und erleichtern bei Pleuraergüssen die Resorption und verhüten eine Wiederkehr. Bei akuten Pleuritiden vermag das Verfahren die Entwicklung der Krankheit abzukürzen und das Auftreten von Rezidiven hintanzuhalten. In einem Falle von akuter tuberkulöser Pleuritis, die wiederholte und immer häufigere Punktionen nötig machte, wurde durch eine intrapleurale Injektion von Stickstoff Heilung erzielt. Identische Resultate lassen sich bei sehr chronischer Pleuritis, die 8 oder 10 Punktionen nötig machten, erzielen. Die Wirkung des Gases ist eine rein mechanische, es immobilisiert die Lunge und verhütet eine allzu brüske Entspannung der Lunge, wie sie bei Punktionen vorkommen. Zu den Injektionen eignet sich am besten ein langsam resorbierbares Gas. Darum ist der Sauerstoff ungeeignet. Am besten verwendet man den Stickstoff, der indifferent und schwer resorbierbar ist. In mehreren Fällen konnte er noch

einige Monate nach der Injektion in der Pleurahöhle nachgewiesen werden. Die gleichzeitige Injektion von $1^1/_2$ Liter Stickstoff ermöglicht die Entleerung großer Pleuraergüsse in einer Sitzung ohne das Dazutreten übler Nebenwirkungen. Achard hat sich der hier empfohlenen Methode wiederholt mit Vorteil bedient. H. Netter.

Graude, Il riassorbimento del liquidio pleurico col massaggio addominale. (Rivista Internazionale di Terapia Fisica. Bd. VII. Nr. 5. 1. Mai 1906.) Verf. hat schon in einer früheren Arbeit den guten Einfluß der abdomnialen Massage auf die Diurese betont und einen Fall von Pleuritis serosa, geheilt durch abdominale Massage, veröffentlicht. Jetzt fügt er einen zweiten Fall hinzu. Die absolute Dämpfung reichte hinauf bis zur Spina scapulae; die Urinmenge betrug 600 ccm täglich. Sie stieg nach eintägiger Bauchmassage auf 1200 ccm und erreichte nach 7 Tagen 2000 ccm. Die Massage wurde 2 mal täglich je 10 Minuten lang ausgeübt. Nach 18 Tagen konnte Patient als völlig geheilt entlassen werden.

Fischer-Defoy (Kiel).

H. Dreesmann, Saugbehandlung bei eitriger Pleuritis. (Aus dem St. Vincenzkrankenhaus Köln.) (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 32.) In 2 Fällen bei Kindern hat D. eine sehr einfache Vorrichtung angewandt, die sich bewährt hat und den Anforderungen vollauf entspricht. In einer etwas gewölbten Aluminiumplatte von 5 cm Durchmesser ist in der Mitte eine metallene Kanüle eingesetzt von 0,75 cm Durchmesser. Diese Kanüle ragt auf beiden Seiten 1,5 cm vor. Die Aluminiumplatte selbst ist auf beiden Seiten mit gutem Gummistoff überzogen und muß dieser die Aluminiumplatte rings herum um 10 cm überragen. Auf das auf der konkaven Seite vorhandene Ende der Kanüle wird ein beliebig langes Gummidrain aufgesetzt, welches in die Pleurahöhle zu liegen kommt. Auf das andere Ende der Kanüle kommt gleichfalls ein Gummidrain, an das eine Saugspritze angesetzt wird. Der Gummistoff wird angefeuchtet und mit einer Binde um den Thorax befestigt. Saugt man nun mit der Spritze die Luft aus der Pleurahöhle, so legt sich der Gummistoff fest an den Thorax an und verhindert ein Eindringen der Luft in die Pleurahöhle. In letzterer wird ein negativer Druck hergestellt von beliebiger Größe, der Eiter wird entfernt und die Lunge zur Entfaltung veranlaßt. Vor Abnahme der Saugspritze wird das äußere Gummidrain mittels einer Klemme zugequetscht, die am Verband durch eine Nadel befestigt werden kann.

Auf diese Weise erzielen wir in der erkrankten Pleurahöhle einen negativen Druck, der dauernd erhalten und beliebig verstärkt werden kann ohne Belästigung für den Patienten. Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß die Wirkung dieser Saugbehandlung um so besser ist, je frühzeitiger sie eingeleitet wird, bevor schon dicke Schwarten die Lunge an ihrer Entfaltung hindern, oder dieselbe ihre Elastizität eingebüßt hat. In diesen Fällen dürfte ein dreimaliges Ansaugen am Tage genügen. Grätzer.

Tisserand und **Truchet,** Pleuritis purulenta posttyphosa, Bacillus Eberth in Reinkultur. Zwei Probepunktionen; spontane Resorption; Heilung. (Loire médical. September 1906.)

Schon Achard hatte auf die anscheinend fehlende Tendenz zur Allgemeininfektion bei der posttyphösen eitrigen Pleuritis hingewiesen und den Rat gegeben, sich zu einem chirurgischen Eingriff Zeit zu nehmen und eine Besserung des Allgemeinzustandes erst abzuwarten. Die Beobachtung von T. und T. scheint zu lehren, daß eine eitrige posttyphöse Pleuritis sich spontan resorbieren kann, nicht nur ohne Pleurotomie, die von den meisten Autoren bisher für nötig und für den einzig wirksamen therapeutischen Eingriff gehalten wurde, sondern sogar ohne eine evakuatorische Punktion. Während der Rekonvaleszenz von einem normalen Typhus traten bei den Kranken der beiden Verff. die Zeichen einer Pleuritis diaphragmatica auf, eine Probepunktion ergab dichten, gelatinösen, leicht rosafarbenen Eiter, der den Eberthschen Bazillus in Reinkultur, mit ziemlich hohem Agglutinationsvermögen enthielt. Eine 7 Tage später vorgenommene Punktion lieferte nur eine sero-sanguinolente Flüssigkeit, die rote Blutkörperchen und Lymphozyten, aber keine polynukleären enthielt, und steril war. Von da an machte die Heilung rapide Fortschritte. Wie meist bei den durch den Eberthschen Bazillus in Reinkultur erzeugten eitrigen Pleuritiden war die Entwicklung eine subakute, ohne schwere Alteration des Gesamtzustandes. Ursprünglich bazillenreiche typhöse Pleuritiden hat man auch in anderen Fällen in der Folgezeit steril werden sehen. Dieser bakteriologischen Benignität entspricht eine bemerkenswerte klinische Gutartigkeit, insofern eine spontane Heilung der eitrigen Pleuritis zustande kam. H. Netter (Pforzheim).

A. Hand, Jr. and **J. C. Gittings,** An Analysis of 145 Cases of Typhoid Fever in Children. (Archives of Ped. Vol. XX. Nr. 6.) Unter den 145 Fällen von Typhus, die die Verff. beobachteten, waren 22 unter 3 Jahre alt, 57 % waren Knaben und 43 % Mädchen. Die Prodromalsymptome konnten nicht sicher festgestellt werden. Meistens bestanden: Fieber (100 %), Anorexie (78 %), Kopfschmerzen (62 %), Durchfall (55 %), Leibschmerzen (53 %), Somnolenz (46 %), Erbrechen (42 %), Verstopfung (35 %), Nasenbluten (25 %), Delirium (16 %), Frösteln (10 %); Halsschmerzen, Schwindel und Konvulsionen sehr selten. Die Temperatur während des Verlaufes der Krankheit variiert zwischen 102° und 103° in 8 Fällen und 105° und 106° in 49 Fällen; bei 11 Kindern stieg das Fieber bis 107°, die Fälle waren somit schwer. Die Widalreaktion war positiv in 138 Fällen. Die Zunge war dick belegt in 129 Fällen. Die Roseolen waren ausgesprochen in 87 Fällen. Die Milz war palpabel in 95 Fällen. Tympanitis wurde bloß 40 mal beobachtet. Obstipatio bestand in 33 und Diarrhöe in 78 Fällen, bei den übrigen Kindern wechselten diese Symptome. Die nervösen Erscheinungen waren im allgmeinen nicht bedeutend. Bloß in 26 Fällen bestanden Delirien. Der Blutgehalt wurde bei 121 Kindern untersucht und ergab Leukopenie von weniger als 5000 Leukozyten per Kubikmillimeter in 112 Fällen. In den komplizierten Fällen war gewöhnlich eine hohe Leukozytose (11000—43000). Folgende Komplikationen wurden beobachtet: Diphtherie 13, Pneumonie 13, Otitis 13, Furunkulose 12, Darmblutung 8, Masern 2, Dekubitus 1, Gangrän der Haut 1, Darmperforation 1, Pleuropneumonie 1,

Scharlach 1, Nephritis mit Konvulsionen 1, Ischiorektalabszeß 1, Konvulsionen 1 mal. Rezidive traten bei sieben Patienten ein. Der Verlauf der Krankheit wechselte zwischen 8 und 43 Tagen, die meisten erholten sich nach 26 Tagen. 13 Kinder, also 8 %, starben; bloß 2 von diesen waren unkompliziert.

Die Behandlung war meistens symptomatisch. Diät bestand hauptsächlich aus Milch. H. B. Sheffield.

P. Remlinger (Konstantinopel), Les analyses d'urines typhiques envisagées au point de vue de la propagation possible de la maladie. (La presse médicale. 1907. Nr. 5.) Der Verf. weist auf die Tatsache hin, daß ein großer Teil von Typhuskranken in ihrem Harne Eberthsche Bazillen aufweisen, folglich eine unstreitige Infektionsgefahr darbieten, dieselben aber, von diesem Standpunkte aus, keinerlei Beaufsichtigung unterliegen. Namentlich bei Vornahme von Harnanalysen Typhischer werden keine Vorsichtsmaßregeln ergriffen und der Harn in gleicher Weise wie jeder andere manipuliert, was eine Gefahr sowohl für das Wartepersonal als auch für den Apotheker oder Chemiker, der die Analyse vornimmt, in sich schließt. Apotheker können dann mit den infizierten Fingern, da die gewöhnliche Reinigung nicht mit Aseptik identisch ist, die Krankheitskeime auf die Medikamente, mit denen sie in Berührung gekommen sind, übertragen.

In Anbetracht dieser Umstände müssen also strenge Vorsichtsmaßregeln ergriffen worden. Der Arzt muß die Umgebung eines Typhuskranken nicht nur auf die Infektiosität des Stuhlganges, sondern auch auf jene des Harnes hinweisen. Die Flaschen, in welchen der Urin zur Analyse geschickt wird, müssen hermetisch schließen, der Apotheker oder Chemiker soll auf die Provenienz des Harnes und auf seine eventuelle Infektiosität aufmerksam gemacht werden, um sowohl bei der Analyse als auch nachher, beim Wegschütten des gebrauchten Harnes, des Filterpapieres usw. die nötige Vorsicht obwalten zu lassen.

Bei dieser Gelegenheit weist R. darauf hin, daß auch der Harn bei anderen infektiösen Krankheiten pathogene Keime enthalten kann, daß also die angeführten Vorsichtsmaßregeln bei allen Harnanalysen überhaupt beobachtet werden sollten. E. Toff (Braila).

P. Remlinger (Konstantinopel), Le bacille d'Éberth dans l'intestin des sujets sains. Conséquences cliniques et épidémiologiques. (La presse médicale. 1906. Nr. 53.) Der Verf. hat noch im Jahre 1896 in Verbindung mit G. Schneider nachgewiesen, daß man Typhusbazillen im Stuhlgange gesunder Personen nachweisen kann. Ähnliches wurde auch von anderen Forschern gefunden, während wieder andere die Anwesenheit derartiger Bazillen bei Gesunden vollständig leugneten. Koch hat diese Frage klargelegt, indem er nachwies, daß man nur dann Eberthsche Bazillen bei Gesunden findet, wenn dieselben im Kontakte mit Typhösen leben. Nach Kutscher wäre aber nicht der Darm der Hauptaufenthaltsort derselben, sondern die Gallengänge, von wo aus sie dann in den Darm gelangen. Diese Lokalisation würde auch die außerordentliche Hart-

näckigkeit erklären, mit welcher sich diese Mikroorganismen wochen- und monatelang halten und allen Abführ- und Desinfektionsmitteln Widerstand leisten.

Diese Tatsachen sind wichtig, gekannt zu werden, da sie zeigen, daß nicht nur der Typhiker seine Krankheit verbreiten kann, sondern auch die gesunden Personen seiner Umgebung, Familienmitglieder, Ärzte, Wärter usw., sowie sie Eberthsche Bazillen mit ihren Fäkalmassen entleeren. Eine genaue Beobachtung bzw. Isolierung derselben wäre also von Wichtigkeit.

Ein anderer Schluß, welcher aus diesen Untersuchungen gezogen werden muß, ist der, daß bei einem Kranken das Auffinden von Typhusbazillen im Stuhle nicht genügend ist, um die Diagnose Typhus mit Bestimmtheit stellen zu können, und ist hierzu die Hämokultur und der Nachweis der Serumagglutination notwendig. In letzterer Beziehung wird hervorgehoben, daß diejenigen Personen, welche Eberthsche Bazillen in ihrem Stuhle aufweisen, ohne aber typhuskrank zu sein, die verschiedenen für Typhus charakteristischen Blutreaktionen nicht aufweisen.

E. Toff (Braila).

Nicolini (Galatz), Die Heilung des typhösen Fiebers mit Schwefelblumen und Salzklysmen. (Spitalul. 1906. Nr. 10.) Die ursprünglich von Vorohilsky und Burzagli vorgeschlagene Typhusbehandlung mit Schwefelblumen und Salzklysmen ist auch vom Verf. in seiner Spitalsabteilung bei 30 einschlägigen Fällen im Laufe von $2^1/_2$ Jahren in Anwendung gezogen worden und waren die Resultate sehr gute: von den erwähnten Fällen heilten 27 und endeten 3 tödlich, doch handelte es sich bei letzteren um solche Patienten, die spät in Behandlung getreten waren und bereits eine schwere, auf Toxiinfektion beruhende parenchymatöse Nephritis hatten.

Was den Behandlungsmodus anbetrifft, so bekamen alle Patienten täglich je 4 Pulver von 0,30 g gewaschenen Schwefelblumen, und früh und abends je ein Klysma von Salzwasser (Chlornatrium 7,0 g, Natr. bicarbon. 6,0 g und sterilisiertes Wasser 1000,0 g). Als Nahrung 2 l Milch, einige Eidotter, Suppe, Kognak, Tee usw. täglich. Die Schwefelbehandlung übt eine günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden und die Temperatur aus, so daß nur in seltenen Fällen dieselbe 39,5° übersteigt und die Anwendung von kalten Waschungen oder Bädern notwendig macht.

Der Vergleich der oben erwähnten Patienten mit anderen 28, welcher früher und in einem gleichen Zeitraume von $2^1/_2$ Jahren auf derselben Abteilung mit den sonst üblichen Methoden behandelt wurden, ergab bei letzteren 23 Heilungen und 5 Todesfälle, auch war der Verlauf der Krankheit im allgemeinen ein viel schwerer. Zusammenfassend spricht N. die Ansicht aus, daß jeder Typhusfall mittels der Schwefel-Salzklysmenbehandlung geheilt werden kann, falls derselbe innerhalb der ersten 15 Krankheitstage in Behandlung gelangt. Auch ältere Fälle werden mit dieser Methode günstiger beeinflußt als mit jeder anderen.

E. Toff (Braila).

F. P. Kinnicutt, A More Liberal Diet in Typhoid Fever. (Boston Med. and Surg. Journ. 1906. 5. July.) K. studierte die Re-

sultate von 5000 Fällen von Typhus abdominalis, die verschiedenartig gepflegt worden sind und fand, daß Blutungen und Perforationen viel seltener vorkamen bei denjenigen Patienten, die eine reichliche semisolide Diät erhielten als bei denen, welche hauptsächlich Milch bekamen. Verf. kommt deshalb zum Schluß, daß erstere Diät bevorzugt werden soll. Man muß jedoch stets den Zustand des Individuums berücksichtigen, indem die Verdauungskraft in den Patienten beträchtlich variiert. Eine reine Zunge und wirklicher Hunger dürften als Indikation für eine sorgfältige gemischte Diät gelten.

H. B. Sheffield.

Emil Wennagel, Über die Beziehungen zwischen Krankheitsdauer und Alter der Darmläsionen beim Abdominaltyphus. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 87. S. 551.) W. ging der Frage nach, ob tatsächlich einer jeden Krankheitswoche ein bestimmtes Stadium des pathologischen Prozesses an der Darmschleimhaut entspricht. Wie zu erwarten war, ist dies nicht durchweg der Fall. W. kommt zu dem Ergebnis, daß die krankhaften Erscheinungen im klinischen Verlaufe des Typhus keine Folgen der Darmläsionen sind, daß sie ihnen vielmehr koordiniert sind. W. hält in Übereinstimmung mit der modernen Anschauung den Typhus für eine Allgemeinerkrankung, bei der Darmläsionen vorkommen können.

Starck.

M. Lesieur (Lyon), De la fièvre typhoïde exanthématique chez l'adulte et des exanthèmes chez les typhiques. (La presse médicale. 1906. Nr. 102.) Der Verf. hat in Verbindung mit Weill die kutanen Eruptionen bei Typhus im Kindesalter studiert und ist zu folgenden Resultaten gelangt.

Es gibt leichte Formen, wo sowohl das Exanthem als auch das Enanthem benigner Natur sind, ferner andere Formen, wo sowohl die kutane Eruption als auch die Störungen des Verdauungsapparates von bedeutender Intensität sind; derartige Formen müssen im allgegemeinen als schwer angesehen werden.

Unter den Formen mit gutartigem Verlaufe gibt es eine gewisse Anzahl von Fällen, die sich durch starke Entwicklung der Roseolen und leichten Erscheinungen von seiten des Darmtraktus auszeichnen; diese Formen sind meist gutartiger Natur, selbst wenn sonst schwere Komplikationen von seiten der Lungen, des Brustfelles oder des Herzens auftreten.

Ähnliche Verhältnisse konnte der Verf. auch beim Erwachsenen vorfinden, und er gibt einige Beispiele, um das Gesagte zu illustrieren. Man muß sich aber hüten, das in Rede stehende exanthematische typhöse Fieber mit scharlach-, rötelnähnlichen oder anderen gemischten Exanthemen zu verwechseln, wie man solche als Epiphänomene im Laufe eines Abdominaltyphus beobachten kann. Letztere, falls sie im Verlaufe der Krankheit auftreten, haben immer eine ernste Bedeutung.

E. Toff (Braila).

B. Weill-Hallé und **Lemaire-Henri,** Ein Fall von Laryngotyphus. (Arch. Internat. de Laryngol., d'Otol. 1906. Mai, Juni. S. 899.) Unter diesem Namen beschreiben die beiden Verff. einen Fall von Typhus bei einem $4^1/_2$ Jahre alten Kinde, in dessen

Verlauf die laryngealen Symptome diejenigen der allgemeinen Krankheit ganz verdeckten. Der Fall ist nach verschiedenen Gesichtspunkten interessant. 14 Tage zuvor hatte das Kind Masern überstanden, und dieser Umstand mag die ganze besondere Empfindlichkeit des Larynx erklären. Am 17. September kam es bei dem Kinde zu einem Fieberfrost, Erbrechen und Husten, am 20. zeigte sich eine Konjunktivitis mit Bildung von Pseudomembranen. Die Temperatur war normal annähernd bis zum 13. Oktober (100,4° F.), am 16. erreichte sie 104°. Dabei Heiserkeit und geringe Dyspnoe. Es zeigten sich rosafarbene Flecke, weshalb man an einen Typhus dachte. Widal fiel negativ aus und man hielt dann eine Entzündung der Bronchialdrüsen für vorliegend. Am 31. Oktober machte die rapid zunehmende Dyspnoe die Intubation nötig, und die Widalsche Reaktion fiel positiv aus. Nach zweimaliger Reintubation, am 2. November und am 6. November, wurde die Tube am 8. November ausgehustet und das Kind starb in asphyktischem Zustand trotz Tracheotomie usw. Autopsie: Großer Milztumor, Schwellung und leichte Ulzeration der Peyerschen Plaques, Kehlkopfschleimhaut an der Innenseite der aryepiglottischen Falten und an der Basis der Epiglottis exulzeriert. In der Mittellinie vorn fand sich ein den ganzen Ringknorpel umgreifendes tiefes Geschwür mit Perichondritis und Nekrosis. Mikroskopisch: starke kleinzellige Infiltration und dem Typhusbazillus genau gleichende Mikroorganismen. Verff. konnten noch 2 Fälle aus der Literatur auffinden, wo der Eberthsche Bazillus in den Kehlkopfgeschwüren gefunden worden war. Statt der Intubation ist hier Tracheotomie das einzuschlagende Verfahren. H. Netter.

Rolly, Zur Kenntnis der durch das sogenannte Bact. paratyphi hervorgerufenen Erkrankungen. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 87. S. 595.) R. bespricht an der Hand von vier durch das Bact. paratyphi infizierten Fällen die als Paratyphus beschriebene Krankheit. Die Krankheitsbilder waren so verschieden, daß man zunächst nicht annehmen sollte, daß sie durch ein und denselben Erreger hervorgerufen wurden. Zwei der Fälle verliefen unter den Symptomen eines schweren akuten Magendarmkatarrhs (einer verlief tödlich unter dem Bilde der Cholera nostras), die beiden anderen Fälle verhielten sich wie gewöhnlicher Unterleibstyphus.

R. unterscheidet danach, wie dies auch früher hinsichtlich der mit Paratyphus nahe verwandten Fleischvergiftungen geschah, eine mehr typhöse und eine mehr gastrische Form.

In 3 von den 4 Fällen gelang der bakteriologische Nachweis des Paratyphus aus dem Blute, im vierten Falle aus Stuhl und Erbrochenem. Die Bakterien waren tiergiftig für Ratten und Meerschweinchen und Mäuse bei subkutaner Injektion und stomachaler Eingabe. Bei den Sektionen der Tiere fand R. Symptome des Darmkatarrhs.

Ausgedehnte Versuche über Agglutination ergaben, daß Paratyphusserum von Paratyphus A sowohl Serum von Paratyphus B wie auch von Typhus abdominalis agglutiniert.

Die pathologischen Veränderungen im Darme unterscheiden sich wesentlich von denjenigen bei Typhus abdominalis, indem der lymphatische Apparat des Darmes fast frei bleibt und die Erkrankung

mehr dysenterischen Charakter hat, Schwellung, Entzündung der Schleimhaut, oberflächliche Geschwüre, die sich nicht an Begrenzung der Peyerschen Plaques halten, Hämorrhagien.

R. bezeichnet deshalb die Darmaffektion als eine schwere Gastroenteritis mit Neigung zu Blutungen, hämorrhagischen Prozessen und daran anschließender Geschwürsbildung, die sich regellos in allen Teilen des Magendarmkanales etablieren kann.

Aus dem ganz plötzlichen Beginn in Fällen von Fleischvergiftung durch Paratyphusbakterien glaubt R. den Schluß ziehen zu dürfen, daß es sich hierbei um Aufnahme der außerhalb des Körpers bereiteten toxischen Substanzen handelt.

Für diejenigen durch das Bact. paratyphi hervorgebrachten Erkrankungen aber, die eine längere Inkubationszeit aufweisen und bei welchen erst nach einer gewissen Zeit das Höhenstadium der Krankheit erfolgt, nimmt R. eine rein bakterielle Ursache an. Starck.

L. Guinon, Tétanie à forme de tétanos au début de la fièvre typhoïde. (Revue mensuelle des malad. de l'enfance. September 1906.) Die Tetanie tritt oft in Begleitung von infektiösen Krankheiten auf und es kommt vor, daß sie die Form eines wahren Tetanus annimmt und auf diese Weise zu diagnostischen Irrtümern führt. So auch in dem von G. beobachteten Falle, einen 10jährigen Knaben betreffend. Derselbe hatte eine kleine Wunde am rechten inneren Malleolus und erkrankte mit Trismus, Kontrakturen der Gesichtsmuskel, doch bestanden keine Nackensteifigkeit und kein Fieber. Die Gesichtsmuskeln waren überempfindlich, namentlich unter dem Einflusse von willkürlichen Bewegungen und von Überanstrengung. Das Trousseausche Zeichen fehlte, ebenso konnte das Fazialisphänomen nicht hervorgerufen werden. Die Behandlung wurde mit Einspritzungen von antitetanischem Serum durchgeführt, durch 17 Tage fortgesetzt und im ganzen 110 ccm eingespritzt. Während dieser Zeit hatte Fieber eingesetzt, und schwankte die Temperatur zwischen 38° und 39°. Die als tetanisch angesehenen Symptome besserten sich nach und nach, doch bestand die erhöhte Temperatur weiter und war der Allgemeinzustand ein sehr schlechter. Es entwickelte sich Diarrhöe, dann kamen Bronchitis und Milzschwellung hinzu, was den Verdacht auf einen bestehenden Abdominaltyphus hinlenkte. Tatsächlich fiel auch die Widalsche Serumreaktion, bei einer Verdünnung von $^1/_{30}$, positiv aus und es wurde dadurch klar, daß es sich um ein typhöses, mit Symptomen von Tetanie einhergehendes Fieber gehandelt hatte. Wenige Tage später war das Kind fieberfrei und konnte später geheilt entlassen werden.

Bemerkt wird noch, daß außer den erwähnten Symptomen auch gesteigerte Patellarreflexe, Fußklonus und Babinskisches Zeichen gefunden wurden. E. Toff (Braila).

M. Thiemich, Anatomische Untersuchungen der Glandulae parathyreoideae bei der Tetanie der Kinder. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde Juli 1906.) Seitdem durch experimentell-pathologische Ergebnisse die Tatsache gesichert zu sein scheint, daß die Entfernung der Glandulae

parathyreoideae beim Versuchstiere einen als akute Tetanie angesprochenen, tödlichen Krampfzustand herbeiführt, tritt die Anschauung immer bestimmter hervor, daß eine Insuffizienz dieser Organe auch die spontane idiopathische Tetanie beim Menschen und besonders auch beim jungen Kinde bedinge. Ohne Zweifel wäre der Nachweis anatomischer Veränderungen der Glandulae parathyreoideae eine wichtige Stütze dieser Lehre. Th. hat nun bei 3 Kindern, bei denen ein „spasmophiler Zustand“ vorgelegen hatte, derartige anatomische Untersuchungen vorgenommen, — mit völlig negativem Resultat! Auch andere Gründe veranlassen Th., die Pathogenese solcher Zustände in ganz anderen Vorgängen zu suchen, als in einer Afunktion der Glandulae parathyreoideae. Grätzer.

A. Uffenheimer, Ein neues Symptom bei latenter (und manifester) Tetanie des Kindesalters — das Tetaniegesicht. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Verf. beobachtete bei einer großen Anzahl Tetaniekranker einen eigenartigen Gesichtsausdruck, der sich darin äußerte, daß das spezifisch Kindliche aus den Zügen gewichen und an seine Stelle ein Ausdruck wie von Nachdenklichkeit oder Sorge getreten ist. Dieses Gesicht fand sich auch im Latenzstadium und auch als Überbleibsel von Tetanien zu einer Zeit, wo schon keine elektrische Übererregbarkeit mehr bestand. Es ist ein prämonitorisches Symptom, welches unter Umständen frühzeitiges therapeutisches Eingreifen ermöglicht. Hecker (München).

Th. v. Cybulski (Krakau), Über den Kalkstoffwechsel des tetaniekranken Säuglings. (Aus der Breslauer Univers.-Kinderklinik.) (Monatsschrift f. Kinderheilkd. November 1906.) C. hat bei einem 7 Monate alten Kinde drei Versuche angestellt. Vor allem fiel dabei auf, daß die Retention des Kalkes während der Eklampsie am kleinsten ist und mit eintretender Besserung des Kindes zunimmt. Diese Steigerung der Kalkretention gewinnt um so mehr an Bedeutung, als sie, wenigstens im zweiten Versuche, nicht parallel einer Steigerung der Gesamtaschenretention geht. Denn diese betrug im ersten wie im zweiten Versuche 21 %, die Retention des Kalkes dagegen im ersten Versuche 20,8 %, im zweiten Versuche 53,7 %. Im dritten Versuche erreichte die Kalkretention sogar den Wert von 87,2 %; allerdings war hier auch die Retention der Gesamtasche mit 63,6 % der eingeführten Asche gegenüber den vorangehenden Versuchen erhöht. Die Steigerung der Retention des Kalkes in den beiden letzten Versuchen zeigt sich beinahe ebenso deutlich, wenn man die absoluten Zahlen der Kalkeinfuhr und -ausscheidung in Rechnung zieht.

Es sind bisher nicht die Bedingungen bekannt, welche bei natürlicher und künstlicher Ernährung den Kalkstoffwechsel beeinflussen; es läßt sich infolgedessen auch nicht für obigen Fall feststellen, weshalb während des Bestandes der manifesten Tetanie die Kalkretention mangelhaft, während der Reparation besser war. Soviel läßt sich aber aus den Versuchen erschließen, daß kein Grund vorhanden ist, zur Zeit der manifesten Tetanie eine Kalkstauung anzunehmen.

Grätzer.

R. Quest, Über den Einfluß der Ernährung auf die Erregbarkeit des Nervensystems im Säuglingsalter. (Aus dem Institut f. allgem. experim. Pathologie der Universität in Lemberg.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) Man neigt jetzt zu der Annahme, daß die Kalkarmut des Organismus, im speziellen des Zentralnervensystems, für die Ätiologie der funktionellen Krämpfe im Kindesalter von Bedeutung sei. Um die Frage zu erforschen, hat Q. bei jungen Hunden experimentiert und durch kalkfreie Nahrung einen Zustand von Nervenerregbarkeit zu erzeugen versucht. Es ergab sich, daß die Erregbarkeit des peripheren Nervensystems der mit kalkarmer Nahrung gefütterten Hunde bedeutend gesteigert war, und zwar sowohl für den faradischen als für den galvanischen Strom. Den geringsten Unterschied zeigte noch die Kathodenschlußzuckung, deren Werte jedoch auch bei tetanoiden Zuständen oft den normalen Werten äußerst nahekommen. Sehr auffallend war dagegen der Unterschied für die Zahlen für die Kathodenöffnungszuckung, also gerade der Wert, welcher für die tetanoiden Zustände sogar für pathognomonisch gehalten wird. Bei der Tetanie fanden Thiemich und Mann ein charakteristisches Verhältnis zwischen Anodenöffnungs- und Anodenschlußzuckung, und zwar so, daß die AÖZ schon früher auftritt als die ASZ, d. h. umgekehrt wie unter normalen Umständen. Die Umstellung der Werte beobachtete Q. nicht. Bemerkenswert war nur der Umstand, daß die ASZ früher auftrat als die KSZ. Es zeigte sich also, daß bei jungen Hunden durch Anwendung einer kalkarmen Diät der Zustand einer Übererregbarkeit des peripheren Nervensystems hervorgerufen werden kann, welcher im wesentlichen dem bei Tetanie gefundenen gleicht.

Es wurden nun den Tieren dann die Gehirne herausgenommen, wobei sich ergab, daß diese durch kalkarme Fütterung nichts von ihrem Kalkgehalt eingebüßt hatten, und daß die Erregbarkeit derselben nicht gesteigert werden konnte. Entweder war die Dauer der Versuche zu kurz oder man bedarf dabei einer anderen Methode.

Was für Schlüsse könnte man auf Grund der gefundenen Tatsachen für die Therapie der funktionellen Krampfzustände im Kindesalter ziehen? Man kann darauf noch keine befriedigende Antwort geben, weil der Kalkstoffwechsel beim Menschen noch nicht genügend bekannt ist. Daß wir allein durch einfache Darreichung von größeren Dosen von Kalk bei der Tetanie keinen Heileffekt erzielen werden, scheint fast sicher zu sein. Wissen wir doch, daß Rachitis und Tetanie gerade bei Ernährung mit Kuhmilch aufteten, welche 5—6 mal so viel Kalk enthält, als Frauenmilch. Es scheint, daß es darauf ankommt, in welcher Form der Kalk dargereicht wird, damit sich der Organismus ihn sich zu eigen machen kann; andererseits ist es ebenfalls wahrscheinlich, daß auch die anderen Bestandteile der Nahrung, mineralische wie organische, für die Retention des Kalkes nicht unwesentlich sind. Für letztere Annahme scheinen jedenfalls die Erfolge einer zweckmäßigen Änderung des Ernährungsregimes zu sprechen. Auf diese Weise könnte man sich nur den Umstand erklären, daß Phosphor eine gewisse Heilkraft auf die tetanoiden Zustände ausübt.

Wir können wohl dem Phosphor nur insofern hier eine Wirkung zuschreiben, als er vielleicht den Kalkstoffwechsel günstig — im Sinne vermehrter Retention — zu beeinflussen vermag. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Riether demonstriert ein zweimonatliches Kind, das an der r. Thoraxseite ein angeborenes **Lymphangioma lipomatodes** zeigt. Der flachrunde Tumor ist weich, man fühlt in der Tiefe ähnliche lappenartige Gebilde, wie bei einem Lipom, an der Peripherie der Geschwulst erkennt man erweiterte Gefäße.

Schick stellt aus dem Ambulatorium der pädiatrischen Klinik ein 14monatliches Kind mit **Periostitis ossificans luetica** dar. Das Kind hatte im Alter von 2 Monaten geringe luetische Erscheinungen (Coryza, makulöse Effloreszenzen an der Stirn).

Am 18. Dezember v. J. bemerkte die Mutter eine Verdickung des r. Unterschenkels. Die Schwellung war auf Druck empfindlich. Im Röntgenbild zeigt der r. Unterschenkel das Bild einer diffusen Periostitis mit Kalkeinlagerung.

v. Pirquet demonstriert an sich und mehreren bereits vorgeimpften Kindern **Frühreaktionen der Wiederimpfung**, die innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Impfung zur Entwicklung gelangt. An der Impfstelle sieht man oft nach wenigen Stunden Papelbildung.

Die Raschheit der Reaktion hängt von der Verdünnung der Lymphe und von der Empfindlichkeit der geimpften Hautpartie ab. So tritt bei Vortragendem an der Innenseite des l. Armes, wo wiederholt Impfungen gemacht wurden, die Reaktion um 6 Stunden früher ein als an der Innenseite des r. Armes.

Knöpfelmacher macht in der Diskussion aufmerksam, daß auch bei subkutaner Injektion verdünnter Lymphe analoge sofortige Reaktionen ablaufen.

Leiner zeigt einen 8jährigen Knaben mit **Pemphigus chronicus**. Der Knabe zeigt an verschiedenen Körperstellen vereiterte ältere und wasserklare frische Blasen und Bläschen. Diese Eruptionen wiederholen sich häufig. Auch die Mundschleimhaut kann ergriffen sein. Bei stärkeren Eruptionen besteht heftiges Jucken, auch das Allgemeinbefinden leidet. Blutuntersuchung ergab Eosinophilie (10—12 %).

Die Behandlung der Erkrankung besteht in Tanninbädern und Vaselinverbänden. Intern Arsen.

Sluka stellt ein 9jähriges Mädchen mit **Leukämie** vor, dessen Blutbild das seltene Symptom einer **Leukopenie** zeigt. Pat. wurde in den letzten 4 Monaten immer blässer. Die Anämie trotzte jeder Behandlung. Vor 5 Wochen traten flache Erhabenheiten zuerst an der Stirn und im Gesicht auf, später fanden sich solche auch am übrigen Körper, es trat allgemeine Drüsenschwellung hinzu. Das Gesicht wurde gedunsen, an verschiedenen Körperstellen traten Hautblutungen auf.

Die Diagnose mußte auf akute lymphatische Leukämie lauten.

Blutbefund: Rote Blutkörperchen 2684000, Färbeindex 0,65. Leukozyten: 91 % Lymphozyten, 0,5 % neutrophile polynukleäre Zellen. Zahl der Leukozyten 2000. Die Lymphozyten sind vielfach auffällig groß.

Der demonstrierte Fall gehört in die Gruppe der von Türk als alymphämische Lymphomatose bezeichneten Leukämien.

Baumgarten demonstriert das anatomische Präparat einer **spindelförmigen Dilatation der Speiseröhre**.

Escherich zeigt ein 9jähriges Mädchen mit **spastischer zerebraler Hemiplegie** nach postdiphtherischer Embolie und außerdem die anatomischen Präparate eines an **postdiphtherischen Prozessen** zugrunde gegangenen 2jährigen Kindes.

Letzterer Pat. zeigte ungefähr in der 2. Woche der Diphtherieerkrankung plötzlich eine Lähmung der rechten Körperhälfte, tags darauf entwickelten sich

unter Aufregungszuständen Zeichen von Arterienverschluß an beiden unteren Extremitäten. Innerhalb 24 Stunden wurden die Extremitäten von der Peripherie gegen das Zentrum zu fortschreitend livid, kalt, der Pulsschlag sistierte.

Bei der Obduktion fanden sich verruköse Auflagerungen an der Mitralis, Embolie und Thrombose der Iliaca communis und Art. Fossae Sylvii mit Erweichungsherden.

Frau Weiß demonstriert einen $3^1/_2$ Monate alten Säugling mit einer **Urachusfistel.** Am Mons veneris in der Medianlinie findet sich der etwas gerötete Eingang einer haardünnen Fistel, die blind endigt. Auf Druck entleert sich eine krümelige, weißgraue Masse, die aus Plattenepithelien, Detritus und Fetttröpfchen besteht.

B. Schick: **Über Nachkrankheiten des Scharlach.** Vortr. geht von der Tatsache aus, daß man schon bisher auf Grund rein klinischer Überlegung unterschieden hat: Die Gesamtheit der primären Scharlachsymptome mit ihren unmittelbaren Komplikationen und die Nierenentzündung als Nachkrankheit.

Trotzdem die Zusammengehörigkeit beider Prozesse in ätiologischer Beziehung noch nicht strikte bewiesen ist, sieht man die Nierenentzündung als spezifische Nachkrankheit des Scharlach an.

Das Auffälligste an der Nephritis ist das Bestehen eines symptomlosen Intervalles zwischen primären Scharlachsymptomen und Eintritt der nephritischen Symptome.

Den Schlüssel zur Erklärung dieser Tatsache sieht Vortr. in der Tatsache, daß die Niere nicht das einzige Organ ist, welches in der Rekonvaleszenz nach Scharlach Krankheitssymptome aufweist.

Gleichzeitig oder 1—2 Tage vor der Nephritis kommt es häufig zu schmerzhafter Schwellung der Lymphdrüsen im Kieferwinkel und seitlich am Halse.

Diese Lymphdrüsenerkrankung kommt überdies als selbständige Nachkrankheit ähnlich der Nephritis vor.

Lymphadenitis und Nephritis sind die häufigsten Formen der spezifischen Nachkrankheiten des Scharlach.

Die Eintrittszeit der Erkrankungen fällt in die Zeit vom 12. Krankheitstage bis zur 7. Woche. Das Maximum der Eintrittstage findet man in der 3. und 4. Woche nach Scharlachbeginn.

Ausgehend von diesem Gesetze der Eintrittszeit hat Vortr. die Vorgänge während der Scharlachrekonvaleszenz auf weitere Krankheitsbilder studiert und in Übereinstimmung mit Kmoschinski und Pastor nachweisen können, daß neben Lymphadenitis und Nephritis postscarlatinosa noch Fiebersteigerungen ohne Befund, Endokarditis und rheumatische Affektionen auftreten können. Alle diese Spätformen der Rekonvaleszenzerkrankungen halten sich an das oben aufgestellte Gesetz der Eintrittszeit.

Auf Grund eines Materials von rund 1900 Scharlachfällen der pädiatrischen Klinik in Wien entwickelt Vortr. die Berechtigung der Annahme, diese neuen Formen von Nachkrankheiten der Nephritis und Lymphadenitis postscarlatinosa anzureihen.

Als Gründe seiner Annahme betont Vortr.

1. das allen Nachkrankheiten gemeinsame Gesetz der Eintrittszeit,
2. die Kombination mehrerer Formen von Nachkrankheiten bei einem und demselben Individuum,
3. das Auftreten gleicher und verschiedener Formen von Nachkrankheiten bei Geschwistern.

Die Entscheidung, welche Formen der postskarlatinösen Erkrankungen infektiöser bzw. toxischer Natur sind, läßt sich noch nicht endgültig für alle Formen feststellen.

Vieles spricht für eine gemeinsame Ursache sämtlicher Nachkrankheiten.

Ob diese gemeinsame Ursache identisch ist mit dem Scharlacherreger, ist ebenfalls noch nicht feststellbar. Für die Identität spricht die Tatsache, daß die Rezidive dasselbe Eintrittsgesetz befolgen, wie die vorher erwähnten Formen der Nachkrankheiten.

Zum Schlusse erörtert Vortr. die Ursache des Intervalles zwischen primären Scharlachsymptomen und Nachkrankheiten, die bisher nur bei der Nephritis berücksichtigt wurde.

Diese Erklärungsversuche (Erkältung, Speisen, mechanische Theorie Bohns, Spätausscheidung von Toxinen [Leichtenstern]) werden unzulänglich, wenn man auch die anderen Formen der Nachkrankheiten erklären will.

Vortr. nimmt an, daß am 12. Krankheitstage des Scharlach eine bis zur 7. Woche dauernde Überempfindlichkeit des Organismus, also eine spezifische Dispositionsperiode für postskarlatinöse Erkrankungen besteht.

Die größte Tendenz zum Wiederaufflackern des skarlatinösen Prozesses besteht in der 3. und 4. Woche. B. Schick.

I. ungarischer Kinderschutzkongreß.

Abgehalten am 3. und 4. Juni 1906 in Temesvár.

Károly Telbisz eröffnet den Kongreß mit Hinweis darauf, daß die ungarische Staatsgewalt alles Erdenkliche im Interesse des Kinderschutzes vollbracht hat, nun ist es Aufgabe der Gesellschaft, das ihrige zu tun.

Pál Ruffy skizziert in großen Zügen das Arbeitsprogramm der wohltätigen Gesellschaft. Alle die Kinder, für die der staatliche Kinderschutz nicht sorgen kann, möge die private Wohltätigkeit unter ihre Fittige nehmen. Er beantragt die Stabilisierung der ungarischen Kinderschutzkongresse.

Leránt Hegedüs weist auf die unheimliche Zahl der ungarischen Auswanderer hin. Wenn die zurückgebliebenen Kinder nicht gerettet werden, so ist die Nation gefährdet.

Frau Ármin Neumann beantragt, man möge nicht nur die nach dem Wortlaut des Gesetzes verlassenen Kleinen schützen, sondern auch die, die durch die soziale Lage der Eltern eigentlich den ganzen Tag hindurch ohne Aufsicht sind. — Die französische Institution der Arbeitsgärten und die Propagierung der unentgeltlichen Volksschulbildung ist ihrer Ansicht nach von großer Bedeutung.

Ernö Deutsch verlangt absolute Alkoholabstinenz für die Jugend. Alkoholdegeneration, Einfluß des direkten Alkoholgenusses, Medizinalverabreichung dieses Giftstoffes, Kampfmittel gegen den Alkoholismus der Jugend werden entsprechend gewürdigt.

Hugo Eisler würdigt die Wichtigkeit der Krüppelheime und beschreibt das in Budapest erbaute Institut, das nach dänischem Muster eingerichtet ist.

Sarolta Geöcre greift mit scharfer Kritik die Nachsichtigkeit der Legislative gegen solche Männer an, die die Unschuld der Kleinen mißbrauchen.

Frau Ferencz Percrel schildert mit beredten Worten die Aufgabe der Familie in der universellen sozialen Arbeit.

Károly Scilágyi und Zsigmond Engel plädieren für die körperlich und seelisch gefährdeten Kinder, deren Eltern leben. Diese möge man, wenngleich sie nicht verlassen sind, doch in den staatlichen Kinderasylen unterbringen können.

Ernö Leitner beantragt, daß man sich in den staatlichen Kinderasylen mit Popularisierung der Kinderhygiene beschäftigen soll. — Kinderwärterinnenerziehung soll auch ins Programm aufgenommen werden.

Ernö Deutsch will schon in den höheren Mädchenschulen die Grundzüge der Kinderhygiene womöglich von weiblichen Ärzten vortragen lassen. Die Idee der belgischen „Ecole de puériculture“ beantragt er ebenfalls zur Durchführung. Der Unterricht möge auf praktische Basis gelegt sein.

Imre Turcsányi beantragt, man möge womöglich die Kinder bei ihren eigenen Müttern unterbringen.

Rócsa Schwimmer greift die Kinderarbeit und den Kinderbettel an.

Mewjhért Edelmann bricht für die durch die Mutter durchgeführte natürliche Ernährung eine Lanze.

Istvais Lukács dankt der Kongreßleitung.

Die Seele der Vereinigung war Primarius Dr. Sáisdor Szana, der die ganze Organisierung, keine Mühe und Opfer scheuend, durchführte.

Ernö Deutsch (Budapest).

Altonaer Ärztlicher Verein.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 25. April 1906.

Grüneberg demonstriert ein $1^{1}/_{2}$jähriges Kind, dessen Zwillingsbruder vor einigen Tagen an Pneumonie im Altonaer Kinderhospital zugrunde gegangen ist. Beide Kinder zeigen hochgradige **osteomalazische Rachitis**, die sich in gummiartiger Biegsamkeit der Vorderarm- und der Unterschenkelknochen dokumentiert. Weniger erweicht sind Oberarm und Oberschenkel. Epiphysenverdickungen sind sowohl an den Extremitäten als auch an den Rippen wenig ausgeprägt. Die Röntgenplatten zeigen, daß es sich keineswegs um Pseudarthrosen, noch Frakturen handelt, sondern daß die Weichheit der Knochen bedingt ist durch den Kalkschwund in der Kortikalis. Es haben ausgedehnte Resorptionsvorgänge stattgefunden, so daß die innere Kontur der Kortikalis eine ganz unregelmäßige und teilweise bis auf eine papierdünne Schicht atrophisch ist. Auf der Röntgenplatte sind von den Epiphysen unverkennbare Zeichen von rachitischer Veränderung. G. steht deshalb auch auf dem Heubnerschen Standpunkte, daß es sich in diesen Fällen nicht um reine Osteomalazie, sondern um eine osteomalazische Form der Rachitis handelt. Die Mutter der Kinder soll in ihrer Jugend ebenfalls an hochgradiger Rachitis gelitten haben.

Es werden die Knochenpräparate des gestorbenen Kindes demonstriert. Im Anschluß hieran legt G. eine Anzahl von Röntgenplatten aus den verschiedensten Stadien der Rachitis vor. Überall, sowohl in den beginnenden Fällen als auch auf der Höhe des Prozesses und nach Ablauf, lassen sich ganz charakteristische Veränderungen sowohl und hauptsächlich an der Diaphysen-Epiphysengrenze als auch an der Diaphyse nachweisen, so daß G. glaubt, daß in einzelnen schwieriger zu beurteilenden Fällen die Röntgenaufnahme zur Bestimmung der Diagnose zu Hilfe genommen werden kann.

Sitzung vom 31. Oktober 1906.

Alois Schmidt demonstriert einen 5jährigen Knaben mit **doppelseitiger Tuberkulose der Nebenhoden und Samenstränge.**

Das Kind erkrankte vor 2 Jahren an Lungentuberkulose (6monatliches Fieber am Abend, tuberkelbazillenhaltiges Sputum). Diese Lungentuberkulose ist seit $1^{1}/_{2}$ Jahren latent geworden, nur oben links neben dem Sternum deutet eine zirkumskripte absolute Dämpfung noch auf das Bestehen eines größeren Drüsenpaketes hin. Allgemeinbefinden und Ernährungszustand sind ausgezeichnet.

Im August 1906 bemerkte man folgendes: Beide Nebenhoden sind in walnußgroße harte Tumoren umgewandelt. Nur rechts fühlt man normale weiche Hodensubstanz vorn dem Tumor aufliegen. Beide Samenstränge sind bis 2 cm vor dem äußeren Leistenring mit rechts drei, links vier haselnußgroßen Knoten besetzt.

Da es sich hier therapeutisch nur um die doppelseitige Kastration handeln kann, begann S. in der schwachen Hoffnung, diesen traurigen Eingriff vielleicht noch umgehen zu können, seit August jeden Tag zweimal eine halbe Stunde mit dem Saugverfahren. Der ganze Hodensack wurde abwechselnd 5 Minuten, mit 5 Minuten Pause, in einen kleinen Saugballon eingesogen.

Heute, nach 4monatlicher, regelmäßig durchgeführter Saugbehandlung, hat sich der Befund bei dem Kranken sehr wesentlich verändert. Alle Tumoren haben sich um mehr als die Hälfte ihrer ursprünglichen Größe verkleinert, und zwei von den Samenstrangtumoren sind nicht mehr zu fühlen. Alle Tumoren sind hart geblieben, nirgends machte sich eitrige Einschmelzung oder Verwachsung mit der Umgebung bemerkbar. Schmerzen bestanden nie, auch nicht während des Saugens.

Ob sich die Sache auf diese Weise definitiv heilen läßt, kann jetzt natürlich noch nicht beurteilt werden. Jedenfalls läßt der bisherige Erfolg es gerechtfertigt erscheinen, mit der Saugbehandlung weiter fortzufahren und dem Kinde zunächst seine Hoden zu belassen, bevor nicht zwingende Gründe (Abszedierungen, Fortkriechen der tuberkulösen Wucherungen nach dem Leistenkanal hin usw.) die Operation notwendig machen.

IV. Therapeutische Notizen.

Kufekes Mehl bei Magen- und Darmerkrankungen Erwachsener wandte Dr. P. Münz (dirig. Arzt der israel. Kinderheilstätte in Kissingen) an und hatte auch hier, wie in der Kinderpraxis, recht befriedigende Erfolge. Pat. mit chron. Magenkatarrh, chron. Dünndarm- und Dickdarmkatarrhen, atonischen Zuständen des Magens und Darms erhielten täglich 50—120 g des Mehls als Zusatz zu Tee, Suppen usw., wobei sich das Präparat als gutes diätetisches Mittel bewährte.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1907. Nr. 1.)

Bioferrin bei alimentärer und rachitischer Anämie der Säuglinge hat Dr. A. Würtz (Straßburg) mit sehr gutem Erfolg angewendet und in den letzten 2 Jahren bei Kindern im Alter von $^1/_2$—2 Jahren damit schöne Resultate erzielt. Der Hämoglobingehalt erfuhr ausnahmslos schon nach 3 wöchentlichem Gebrauch von 1 bis 2 Teelöffel Bioferrin im Tage eine Steigerung von 10—15 $^0/_0$, die nach längerem Gebrauch bis zu 30 $^0/_0$ erreichen konnte. Auffällig war dann namentlich noch die vermehrte Appetenz bei den Kindern, die gewöhnlich durch zu langen ausschließlichen Milchgenuß völlig appetitlos geworden waren. Farbe und Stimmung wurden entschieden in der günstigsten Weise beeinflußt, sicher eine Folge der Einfuhr von unverändertem Hämoglobin. Dieses wirkt als natürlicher Sauerstoffträger anregend auf sämtliche Funktionen des Organismus und steigert den Oxydationsprozeß in erheblichem Maße. Außerdem sind im Bioferrin die Fermente und Alexine durchaus wirksam vorhanden, ein recht bedeutsames Moment, zu dem sich noch die große Haltbarkeit des Präparats hinzugesellt. Bioferrin nimmt eine biologische Sonderstellung gegenüber anderen Präparaten ein, welche die guten Erfolge erklärlich macht. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 51.)

Erfahrungen mit Bioferrin veröffentlicht Dr. Laser (Wiesbaden). Er hat das Präparat besonders bei Pat. der arbeitenden Klasse angewandt, die an einer gewissen Erschöpfung (Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit) infolge Überarbeitung, unzweckmäßiger oder mangelhafter Ernährung, Mangel an frischer Luft usw. litten. Bioferrin wirkte hier sehr gut, so daß Autor es als sicheres und gut bekömmliches Mittel zur Hebung der Körperkräfte und zur Blutbildung warm empfehlen kann. Erwachsene erhalten täglich 2 Eßlöffel, Kinder 2—3 Teelöffel. (Die Therapie der Gegenwart. Dez. 1906.)

Extract. Chin. Nanning findet wieder einen warmen Lobredner in Dr. J. Leist (Berlin), der das Präparat auch in der Kinderpraxis mit bestem Erfolg angewandt und als ausgezeichnetes Stomachikum schätzen gelernt hat.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1906. Heft 22.)

Omorol bei Angina hat Dr. Viett (Horneburg) mit bestem Erfolg bei Erwachsenen und Kindern angewandt und dabei die hochgradig bakterizide Wirkung dieses völlig ungiftigen Silberpräparats schätzen gelernt. Nachdem behufs Entfernung der Schleimmassen mit schwachem Salzwasser gegurgelt worden ist und, wenn irgend möglich, die erkrankten Partien mit Wattetampons abgetupft sind, pinselt man das Omorol energisch ein (der Pinsel wird dann in kalte Kochsalzlösung mit 3 $^0/_0$ Omorolzusatz 1 Stunde gelegt und ist dann genügend desinfiziert). In schwereren Fällen läßt man eine Omoroleinstäubung mittels Pulverbläsers nachfolgen (V. hat sich einen zweckmäßig konstruierten von der Firma Pertzel & Schultz in Hamburg herstellen lassen, der allen Anforderungen entspricht).

(Ärztl. Rundschau. 1906. Nr. 47.)

Ein ideales Bruchband für Säuglinge nennt Dr. K. Fiedler (Valparaiso) eine überaus einfache Improvisation, die ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Aus einer 20—30 Fäden starken Lage von weißem Wollgarn macht man eine Schlinge von 35—45 cm Länge (je nach der Größe des kleinen Pat.) und befestigt an dem einen Ende der Schlinge zwei Stückchen weißen schmalen Leinenbandes (die in jedem Weißwarengeschäft käufliche Zephirwolle liegt bereits in Strähnen von ungefähr der angegebenen Länge). Nach Reposition des Bruches legt man die Schlinge wie einen Gürtel rings ums Abdomen, das mit den Leinwandbändchen verlängerte Ende wird durch die Schlinge gezogen; auf die Leistengegend kommt ein kleiner fester Ballen von Verbandwatte, die Kreuzungsstelle der Schlinge direkt darüber und das stramm angezogene Ende als Schenkelriemen ums Bein herum. Eine kleine Schleife der Leinwandbändchen befestigt denselben am Gürtel. Der elastische Druck des über dem Wattebausch gespannten Wollgarns genügt voll-

kommen, um den Wiederaustritt des Bruches zu verhüten. Läßt man die Mutter des Kindes $^1/_2$ Dutzend solcher Wollschlingen anfertigen, so kann bei jedem Windelwechsel ein reines, neugewaschenes Band umgelegt werden. In den ersten Tagen kann das Kind ruhig mit demselben gebadet werden. Bei Doppelbruch natürlich zwei Schlingen! Die Sache ist reinlich, einfach, billig und leistungsfähig.
(Zentralblatt f. Chirurgie. 1906. Nr. 44.)

Vivsit hat Dr. F. Rosenthal (Wiener Allgem. Poliklinik) schätzen gelernt und empfiehlt das Nährpräparat warm. Er gab es Pat. mit erschöpfenden Krankheiten, Rekonvaleszenten, Anämischen usw. und konnte stets Vermehrung der roten Blutkörperchen, auffallende Steigerung des Hämoglobingehaltes, Zunahme des Körpergewichtes und der Kräfte wahrnehmen. Daß das Präparat auch bei Reizzuständen der Nieren gegeben werden darf, zeigte der Fall eines 12jährigen Kindes, das infolge einer Scharlachnephritis und multipler Abszesse sehr heruntergekommen war und wochenlang 4—5 mal täglich 2 Kaffeelöffel des Präparates erhielt, das auch hier recht gute Dienste leistete.
(Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 48.)

Einen Beitrag zur Formamint-Therapie liefert Dr. A. Blumenthal (Berlin, medizin. Poliklinik von Prof. Michaelis) auf Grund von Beobachtungen an 52 Pat. Am deutlichsten zeigte sich die Wirkung bei allen Arten von Angina (26 Pat., davon 14 Kinder), wo der Erfolg durchweg ein guter war. Beläge verschwanden rasch, die subjektiven Beschwerden traten schnell zurück. Bei Kindern war es sehr angenehm, daß sie nicht zu gurgeln brauchten; sie nahmen die „Bonbons" immer sehr gern. Auch bei Tonsillarabszessen schafften die Tabletten immer ein Gefühl der Erleichterung und kürzten die Krankheitsdauer ab. Bei chron. Pharyngitis bewährte sich das Mittel ebenfalls, desgleichen bei Foetor ex ore. (Die Therapie der Gegenwart. Dez. 1906.)

Die Nährpräparate von Gebr. Weibezahn in Fischbeck (Weser), Hafermehl, Hafergrütze, Haferkakao und Haferkakes, sind schon seit langem als wohlschmeckende, haltbare, leicht verdauliche Nährmittel bekannt und haben sich in der pädiatrischen Praxis allenthalben eingebürgert. Denjenigen, welche diese Präparate bisher noch nicht benutzt haben, sollen diese Zeilen dazu empfehlende Anregung geben.

Zur Behandlung der Pertussis empfiehlt Dr. A. Briess (Wien, I. öffentl. Kinderkrankeninstitut) warm Antitussin, das, in Salbenform appliziert, eine recht günstige Einwirkung auf den Keuchhusten hat, wovon sich B. wieder bei einigen 30 Fällen überzeugen konnte. In der Mehrzahl der Fälle, die im ausgesprochenen Stadium convulsivum waren, trat schon mitunter nach überraschend kurzer Zeit eine auffallende Verminderung der Anfälle ein. Das Erbrechen sistierte gewöhnlich schon nach ein paar Tagen. Auch in den Fällen, bei denen eine besondere Häufigkeitsabnahme der Anfälle nicht stattfand, hatte die Intensität des Hustens bedeutend nachgelassen, derselbe wurde leichter und lockerer. In der Mehrzahl der Fälle im Stad. convulsivum ohne Komplikationen genügten 2—3 Wochen zu fast vollständiger Heilung. Bei einigen Fällen im Stad. catarrhale, wo der Annahme nach Keuchhusten sicher erwartet werden durfte, trat nach Antitussinanwendung eine Weiterentwicklung der Krankheit nicht ein. Auch bei heftigem Husten, der auf Laryngitis, Bronchitis usw. beruhte, machte sich die hustenmildernde Wirkung des Präparates oft in eklatanter Weise geltend.
(Wiener med. Presse. 1907. Nr. 8.)

Mechlings China-Eisenbitter hat Dr. B. Müller (Hamburg) in seiner Klientel (Erwachsene) mit bestem Erfolge bei Zuständen von sekundärer Anämie, Prostration der Kräfte, Verdauungsschwäche usw. angewandt. Vor allem trat stets zunächst die günstige Beeinflussung der Magenfunktionen zutage, welche dann sehr bald auch das Verschwinden der übrigen Krankheitssymptome veranlaßte. Das Eisen, das in dem Präparate in leicht resorbierbarer Form enthalten ist, wirkte natürlich seinerseits, und so wurden jene befriedigenden Resultate erzielt, welche M. zu einer warmen Empfehlung des Mittels führen.
(Die Heilkunde. 1906. Nr. 9.)

Eine neue Milchpumpe empfiehlt Dr. W. Kaupe (Bonn). Die Ibrahimsche Pumpe bedeutete schon einen großen Fortschritt, aber auch sie schützte noch nicht vor Verunreinigung der abgesogenen Milch mit Bakterien. K. hat deshalb an dieser Pumpe einige Modifikationen geschaffen, durch die jener Nachteil weg-

fällt und außerdem eine außerordentlich große Saugkraft erzielt wird. Die Pumpe eignet sich daher auch für Fälle, wo wir Flachwarzen durch kräftiges Ansaugen zu prominenten machen wollen, sowie für solche, wo wir einem Milchüberflusse oder einer Milchstauung abhelfen wollen.

(Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 3.)

Alboferin, eine Kombination von Eisen (0,68 %), Eiweiß (90,14 %) und Phosphorsäure (0,324 %), hergestellt von der Firma Dr. Fritz & Sachsse in Wien, hat Dr. Spitzer (Graz) mit bestem Erfolge ordiniert, und zwar Erwachsenen täglich 4—5 g (2—3 Teelöffel oder 15—20 Pastillen), Kindern die Hälfte. Meist waren es Kinder (40), die S. in den letzten 2½ Jahren mit Alboferin behandelte; davon waren 24 anämische Schulkinder (7—14 Jahre), 6 sekundäre Anämien, 3 Rachitiker, der Rest Chlorosen bei Mädchen. Die besten und raschesten Erfolge zeigten sich bei der kindlichen Anämie und bei der Chlorose. Zunächst machte sich fast in allen Fällen eine auffallende Steigerung des Appetits geltend, es folgte deutliche Gewichtszunahme, und bald besserten sich auch die übrigen Erscheinungen mehr und mehr. S. gab am liebsten die Tabletten (Schokoladetabletten bei Kindern), Erwachsenen täglich 15—20 Stück, Kindern die Hälfte, beginnend mit dreimal täglich 2 Stück zu den Mahlzeiten; das Pulver wird messerspitz- (bei kleinen Kindern) bis teelöffelweise pur oder mit Kakao gemischt mehrmals täglich in Milch genommen. S. hält Alboferin für ein gut brauchbares Präparat für alle Fälle, wo Eisenmedikation am Platze ist; es kommt aber seiner Phosphorkomponente wegen auch die Wirkung auf das Nervensystem besonders zur Geltung, endlich auch die Wirkung als Nährmittel wegen des hohen Eiweißgehaltes und seines appetitanregenden Effekts.

(Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 4.)

Monotal, ein neues externes Antiphlogistikum und Analgetikum, empfiehlt Dr. A. Hecht (Beuthen O.-S.). Das von der Firma Bayer & Co. in Elberfeld hergestellte Präparat, ein Äthylglykolsäureester des Guajakols, eine weiße Kristallmasse, die bei gelindem Erwärmen oder beim Verreiben auf der Haut zu einem farblosen, schwach aromatisch riechenden Öl zerfließt, reizt die Haut nicht und wird gut resorbiert. Für Erwachsene beträgt die Dosis pro die 4—5 g, 1—2mal auf Brust oder Rücken einzureiben resp. aufzupinseln, für Kinder (Säuglinge ausgeschlossen) entsprechend weniger. H. gibt 36 Fälle (darunter mehrere Kinder betreffend) wieder, bei denen das Präparat zur Anwendung kam. Vor allem zeigte es prompte schmerzstillende Wirkung, die bei Neuralgien, Neuritiden zum Ausdruck kam, auch in Fällen, wo alle möglichen medikamentösen und physikalischen Heilmethoden versagt hatten. Monotal bewährte sich bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, bei Muskelrheumatismen, bei Erysipel und Pleuritis. Auch Erythema nodosum, Tendovaginitis, Perikardititis, Parotitis geben Indikationen ab für seine Anwendung. (Die Heilkunde. 1907. Nr. 1.)

Zur diätetischen Behandlung der Lungentuberkulose empfiehlt Dr. C. Stern (S. Remo) Puro, das er ca. 30 Pat. in allen Stadien der Lungentuberkulose gegeben hat, namentlich solchen, welche auch mit Chlorose und Appetitmangel behaftet waren. Geschadet hat Puro, das stets gut vertragen wurde und nie unangenehme Nebenwirkungen äußerte, in keinem Falle, im Stich gelassen mitunter, speziell in sehr vorgeschrittenen Fällen, geholfen aber oft, bisweilen, besonders in den Anfangsstadien, in hervorragender Weise, indem es zur Hebung der Körperkräfte in hohem Maße beitrug, zuweilen bedeutende Gewichtszunahmen bewirkte, das Allgemeinbefinden bedeutend besserte, die vorhandene Chlorose günstig beeinflußte. (Deutsche Medizinal-Ztg. 1907. Nr. 4.)

Robur, ein sich durch richtige Konzentration, durch hohen Eiweißgehalt (50%) und durch reiche Extraktivstoffe und Nährsalze auszeichnendes Bouillonpräparat, hat Dr. A. Rahn (Dresden) erfolgreich bei Erschöpfungszuständen, chron. Magendarmstörungen, bei Chlorose und Anämie, in der Rekonvaleszenz, zur zeitweisen Nahrungsergänzung bei Kindern usw. angewandt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Bei chron. Dickdarmkatarrh der Kinder bewährten sich Robursuppen und Roburbouillon (neben Eichelkakao) sehr. Bei Kindern mit lebhafter, erethischer Art, denen nur Schokolade, Milch und Obst geläufig war, brachte das Präparat sehr bald die Neigung zu regelmäßigen Mahlzeiten, zur Fleischkost. Auch bei chlorotischen Mädchen legte sich die Abneigung gegenüber geordneten Mahlzeiten, als sie Roburbouillon bekamen. (Ärztl. Rundschau. 1906. Nr. 47.)

Ein Schlittengestell für einen Kinderwagen hat Oberarzt Dr. Nerlich (Waldheim) konstruiert; es gestattet, die Kinder auch bei Schnee bequem zu fahren, ohne daß man einen besonderen Schlitten benötigt. Der ganze Wagen kann in einer Viertelminute auf dies Gestell aufgesetzt werden, die Räder bleiben 2 cm vom Erdboden entfernt. Bei Nichtbedarf kann das Gestell leicht am Wagen befestigt und so mitgenommen werden. (Münchener med. Wochenschr. 1907. Nr. 8.)

Ein neues aktives Korsett beschreibt Oberstabsarzt Dr. Heermann (Posen) wie folgt: „Das Korsett ragt nur wenig über die Gegend der Brustkrümmung bzw. des Rippenbuckels hinauf, ist vorn über dem Beckenteil zugeschnallt, trägt keine Armstützen, sondern eine feste Stütze aus zwei Stahlstangen mit Platte, welche sich gegen den Rippenbuckel richten; außerdem auf dem Darmbeinkamm eine Unterpolsterung, welche die Verschiebung des Oberkörpers überkorrigiert. Als wichtigstes Hilfsmittel enthält es aber, innen eingenäht oder auch nur untergestopft, auf dem Rippenbuckel der Brust- und Lendenkrümmung je einen entsprechend großen trockenen Gummischwamm. Der dauernde Druck dieser Schwämme sowie das dauernde Redressement durch die natürlichen Korrekturbestrebungen des Oberkörpers über die Platte als Stützpunkt hinweg üben eine ganz vorzügliche Wirkung auf die Wirbelsäule aus, so daß ein derartiges Korsett, welches übrigens aus jedem beliebigen Stoffe (sogar unter Umständen aus einem gewöhnlichen aptierten Damenkorsett) bestehen kann, ein wesentliches Hilfsmittel der Skoliosenbehandlung zu bilden imstande ist. Nebenbei besteht ein weiterer Vorteil darin, daß die Kinder beim Spiel und Turnen in ihren Bewegungen nur wenig behindert sind." (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.)

Goldkorn empfiehlt als Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder wie für Erwachsene Dr. Wallbach. Es handelt sich hier um ein reines, angenehm schmeckendes, nicht teures Pflanzenpräparat von guter Resorbierbarkeit und verhältnismäßig hohem Eiweißgehalt und reichlichem Gehalt an wasserlöslichem Kohlenhydrat. Es leistete recht gute Dienste bei Nervösen und Rekonvaleszenten, bei Erkrankungen der Verdauungsorgane und zur Verbesserung des Ernährungszustandes bei sonst gesunden, aber mageren und schwächlichen Personen. Die beigebrachten Krankengeschichten zeigen, daß das Präparat nicht nur von größeren Kindern, sondern auch von Säuglingen gut vertragen wird.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1907. Nr. 4.)

V. Neue Bücher.

J. Trumpp. **Die ansteckenden Kinderkrankheiten.** München. J. F. Lehmann. Preis: Mk. 3.

T. hat farbige, recht gut gelungene Abbildungen von Masern, Röteln, Scharlach, Mandelentzündung, Diphtherie, Schafblattern, Pocken zu einer großen Wandtafel vereinigt. Den Bildern sind kurze belehrende Bemerkungen über diese Affektionen, sowie auch über Keuchhusten, Typhus, Influenza, Mumps beigefügt. Die Idee ist entschieden eine glückliche. Das Aufhängen der Tafel in den Familien, Schulen usw. dürfte wohl gute Früchte tragen. Grätzer.

W. Zweig. **Die Therapie der Magen- und Darmkrankheiten.** Wien u. Berlin. Urban & Schwarzenberg. Preis: Mk. 10.

Daß der Verf. imstande war, das ganze große Gebiet in einem Bande, auf knapp 400 Seiten, zu erledigen, beweist, daß er vollständig den Stoff beherrscht und daß er bestrebt gewesen ist, sich kurz zu fassen und alles Überflüssige beiseite zu lassen. Das war auch notwendig, da er einzig und allein die Bedürfnisse des Praktikers im Auge hatte, dem Praktiker einen Wegweiser für sein therapeutisches Handeln unter Berücksichtigung der Früchte modernster Forschung bieten wollte. Und das ist ihm vorzüglich gelungen. Das Buch ist nicht nur kurz, es ist auch gut. In fesselnder, präziser, klarer Darstellung wird dem Leser jede Affektion vorgeführt; jeder derselben ist ein Diätschema beigegeben, wie überhaupt auf die Diätetik besonderes Gewicht gelegt wird. Nicht

weniger spricht uns der Inhalt des allgemeinen Teiles an, welcher sich mit der Physiologie der Verdauung, der Ernährung und des Stoffwechsels beschäftigt, die Grundzüge der zweckmäßigen Ernährung, die Diätkuren, die physikalische und medikamentöse Therapie der Magen- und Darmkrankheiten, die rektale Ernährung erörtert. Z.s Buch wird sicherlich in den Kreisen der Praktiker sich viele Freunde erwerben. Grätzer.

Scheffer u. Zieler. **Deutscher Universitäts-Kalender.** Leipzig. Joh. Ambr. Barth.

Zum 70. Male erscheint dieser Kalender mit seinem reichen, übersichtlich geordneten Inhalt, welcher über alles Aufschluß gibt, was bei den einzelnen Universitäten nur irgendwie interessiert. Der 1. Teil bringt die Universitäten im Deutschen Reich, der 2. Teil (im gleichen Bande vereinigt) die Universitäten im benachbarten Auslande. Was man über das Wintersemester 1906/07 wissen will, findet man, aber auch noch unendlich viele allgemeinere Daten und Angaben über alle möglichen Dinge, nicht nur bei den einzelnen Universitäten, sondern auch eingehende statistische Tabellen über die Zahl der Studierenden und Lehrer, Berichte über Todesfälle, Personalveränderungen, neue Habilitationen, Angaben über die akademische Presse, über die Garnisonen der Universitätsstädte usw. Grätzer.

VI. Monats-Chronik.

Die durch die letzte Frühjahrsversammlung beschlossene diesjährige **gemeinsame Sitzung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte** soll am Sonntag, den 14. April 1907, in Wiesbaden stattfinden, um den Teilnehmern zugleich den Besuch des für 15.—18. April festgesetzten Kongresses für innere Medizin zu ermöglichen. Genaueres Programm wird später mitgeteilt und auf Wunsch Nichtmitgliedern der Vereinigungen zugesandt. Anmeldungen von Vorträgen usw. baldigst erbeten an Dr. Lugenbühl, Wiesbaden, Schützenhofstr. 9.

Berlin. Geh.-Rat Prof. Dr. Heubner ist zum **Ehrenmitglied** der Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien gewählt.

Greifswald. **Gestorben** Prof. Dr. Krabler, Direktor der Kinderklinik.

München. Zur **Bekämpfung der Kindersterblichkeit** sind der Stadt 100000 Mk. gestiftet.

Düsseldorf. In der am 6. d. M. unter dem Vorsitz des Oberpräsidenten abgehaltenen Konferenz zur Beratung über den **Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit** entwarf Prof. Dr. Schlossmann ein Programm für die zweckmäßigste Organisation der betreffenden Bestrebungen. Es wurde die Gründung eines Vereins für Säuglingsfürsorge für den Regierungsbezirk beschlossen.

Freiburg i. Br. Der Stadtrat hat einen **städtischen Schulzahnarzt** gewählt.

Glasgow. Die **Genickstarre** hat epidemischen Charakter angenommen. Von 103 Fällen im Januar sind mehr als 50 tödlich verlaufen. 50 % der Fälle haben Kinder unter 5, 30 % Kinder unter 10 Jahren betroffen.

Riedels Berichte sind zum 51. Male erschienen. Sie enthalten wiederum einige wissenschaftliche Arbeiten aus den Laboratorien der Chem. Fabrik J. D. Riedel (Berlin), sowie eine alphabetische Aufzählung neuerer Arzneimittel und Spezialitäten mit deren Zusammensetzung, Eigenschaften und Anwendungsweise. Riedels Mentor ist ein gutes Nachschlagebuch, das sich jeder kommen lassen sollte; es wird kostenlos abgegeben.

Kongresse. Auf folgende in diesem Jahre stattfindenden Kongresse machen wir aufmerksam:

Mai, 21.—23. VIII. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege in Karlsruhe.
August, 5.—10. II. Internat. Kongreß für Schulhygiene in London.
September, 12.—16. II. Internat. Kongreß der Gouttes de lait in Brüssel.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Jena), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. NETTER (Pforzheim), Dr. PRÜSSIAN (Wiesbaden), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
Friedenau-Berlin.

XII. Jahrgang. Mai 1907. Nr. 5.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Monats-Chronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. **1. Mai 1907.** No. 5.

I. Originalbeiträge.

(Mitteilung mit Demonstration in der Odessaer Ärztegesellschaft.)

Ein Fall von Darmverschluß durch Ascaris lumbricoides bei einem 6jährigen Mädchen.

(Abgang von 110 Exemplaren. Ausgang mit Genesung.)

Von

Dr. med. **J. Winocouroff.**

Die Anwesenheit von Würmern im Darmkanal kann von verschiedenen Erscheinungen, von denen einige von sehr stürmischem Charakter sind, begleitet sein. Nicht nur der Pädiater, sondern jeder praktische Arzt hat wohl nicht selten mit diesen oder jenen Komplikationen, die durch Darmparasiten hervorgerufen werden, zu tun gehabt. Diese Komplikationen können im Kindesalter zunächst reflektorischen Charakters sein, und das Nervensystem des Kindes ist in dieser Hinsicht besonders empfindlich, wobei die Reaktion seitens desselben bald in Form von gewöhnlicher Reizbarkeit und erregtem Zustand des Individuums, bald sogar in Form von Krampfanfällen und Meningismus, welcher hauptsächlich von französischen Autoren beschrieben ist, sich äußern kann.

Die Häufigkeit der Würmer bei Kindern im Alter von 2 bis 15 Jahren macht laut den Beobachtungen von Schmidt, Keßler, Dolgopol etwa 55 $^0/_0$ aller Erkrankungen aus. Von den verschiedenen Arten nimmt Oxyuris vermicularis den ersten Platz ein = 33 $^0/_0$, Ascaris lumbricoides 19 $^0/_0$, Trichocephalus dispar 9 $^0/_0$, Botriocephalus latus 5 $^0/_0$, Taenia saginata 1,2 $^0/_0$, Taenia solium 0,7 $^0/_0$.

Eine nicht minder wichtige Rolle können die Würmer in der Störung der allgemeinen Ernährung und sogar der Blutbildung spielen.

Anämia perniciosa, bedingt durch Darmschmarotzer, ist auch keine seltene Erscheinung; ich hatte vor einigen Jahren die Ehre, über einen solchen Fall aus der Kinderabteilung des Odessaer Israelitischen Krankenhauses mit Demonstration des Kranken zu referieren. Nach dem Abgang von 36 Exemplaren von Ascaris lumbricoides erholte sich unsere Kranke, die früher ein deutlich ausgesprochenes Bild von Anämia gravis zeigte, sehr schnell und wurde aus der Abteilung vollständig gesund entlassen.

Nach der gegenwärtigen Anschauung der meisten Autoren werden die beiden Kategorien der beobachteten Erscheinungen durch die Wirkung erklärt, die die von den Darmparasiten produzierten Gifte auf den kindlichen Organismus ausüben. Eine in dieser Hinsicht sehr interessante Beobachtung führt ein italienischer Arzt Papi in Gaz. degli osp. vom 10. Juni 1900 an: Ein 18 monatliches Kind litt an Gastroenteritis und Husten, es hatte sich sogar Cheyne-Stokessches Atmen entwickelt. Nichts fand sich in den Lungen und im Herzen, was man als Ursache dieser Erscheinungen anschuldigen konnte. Nach dem Erbrechen, bei dem auch eine Ascaris abging, besserte sich die Atmung, die Genesung trat erst nach Abführ- und Wurmmitteln ein. Sobald die Würmer abgetrieben waren, wurde die Atmung normal.

Zu den selten vorkommenden Komplikationen rechnet man den Verschluß der Därme durch Askariden. Die Möglichkeit einer solchen Komplikation wurde eine Zeitlang von den alten Autoren geleugnet. Im Jahre 1885 hat aber Galvagno Bordaroni einen solchen Fall, der durch die Obduktion bestätigt wurde, veröffentlicht. Und Stepp führt in der Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51 im Jahre 1887 einen Fall von einem 4jährigen Kinde an, bei dem er bei der Obduktion 50 Askariden fand, die hermetisch das Lumen des Darmes oberhalb der Bauhinischen Klappe verschlossen hatten. Botoff hat im Jahre 1897 (Journ. de clinique et terapeut. 1897. Nr. 10) einen Fall von Darmverschluß mit nachträglicher Perforation und tödlicher Peritonitis beschrieben. Bei der Obduktion fand man etwa 500 Askariden in den Därmen. Ähnliche Beobachtungen sind auch von anderen Autoren beschrieben worden. So von Rocheblave (Gazette des hopit. 18. Juni 1898), Barkle (Archives of Pediat.) u. a. Die Skepsis der alten Autoren ist um so unbegründeter, als ganz außerordentliche Fälle in dieser Beziehung beschrieben werden, wie z. B. ein Fall von Dr. Petit aus Lyon, welcher innerhalb 5 Monate 2500 Askariden bei einem Kinde abgetrieben hat, oder der Fall von Dufresne, wo bei einem 12jährigen Knaben in einem Zeitraum von 3 Jahren 5000 Askariden per os und per anum abgingen. Die Ansammlung von großen Mengen von Askariden im Darm kann mitunter symptomlos, wie in Henochs Fall verlaufen; solche Beobachtungen sind aber selten. Gewöhnlich ruft die Ansammlung von großen Mengen von Askariden im Darm sehr bedrohliche Erscheinungen hervor, wie es auch in unserem Falle, zu dessen Beschreibung ich jetzt übergehe, zu beobachten war.

Am 12. August wurde in die Poliklinik der praktischen Ärzte ein Mädchen, Klara Ribakoff, in einem sehr schweren Zustand eingeliefert. Abdomen stark aufgetrieben und sehr empfindlich, bei Berührung anhaltendes Erbrechen. Anamnestisch hat sich folgendes herausgestellt: das Kind war niemals krank. Vor einem Monate hat es ohne sichtbare Ursache und ohne Prodromalerscheinungen erbrochen und in der erbrochenen Masse wurde eine große Menge von Ascaris lumbricoides gefunden. Am nächsten Tag ist ein Exemplar auch mit dem Stuhl abgegangen. Seitdem klagt das Mädchen über Schmerzen im Unterleib, wobei weder Übelkeit, noch Salivation — die üblichen bei den Kindern, die an Helmenthiasis leiden, anzutreffenden Symptome, bestanden. Nachts öfters Aufschreien, aber keine Erscheinungen von Nachtschrecken. Im letzten Monat blieb die Darmfunktion normal trotz der Schmerzen im Abdomen. Die sorgfältigsten

Untersuchungen des Stuhlgangs konnten niemals Würmer in demselben nachweisen. Auch am Vorabend der stürmischen Erscheinungen, die die Eltern ärztliche Hilfe nachzusuchen nötigten, war der Stuhlgang beim Kinde vollständig normal. An dem Tage, vor dem ich die Kranke zum erstenmal sah, trat schon morgens erhöhte Temperatur und hartnäckiges Erbrechen ein, wobei sogar eiskaltes Wasser nicht behalten wurde. Bald nachher nahm das Erbrochene einen galligen Charakter an. Zugleich wurde der Unterleib aufgetrieben und die Auftreibung vergrößerte sich sehr schnell, die Schmerzen wurden heftiger, und die Eltern beschlossen, ohne die Ankunft des Arztes abzuwarten, das Kind in die nächste Poliklinik zu bringen. Die Kranke, von schlechtem Ernährungszustand, das Unterhautfettgewebe schwach entwickelt, sehr reizbar. Temperatur 38°, Puls frequent, bis 120, von mangelhafter Füllung, Herztätigkeit normal. Abdomen stark aufgetrieben — deutlich ausgesprochener Meteorismus; aber infolge des schwach entwickelten Unterhautfettgewebes gelang es mittels vorsichtiger Palpation einen höckerigen, etwa zwei Finger unterhalb des Nabels gelegenen Tumor von unregelmäßiger Form abzutasten, der bei der Perkussion einen gedämpften Schall gab. Ähnliche Geschwülste sind fast im Niveau des Nabels zu seinen beiden Seiten zu palpieren. Bei vorsichtiger Perkussion des ganzen Abdomens ist deutlich eine Dämpfung über den Stellen der Geschwülste und dort, wo dieselben nicht zu palpieren sind, ein Übergang in eine deutliche Tympanie des Darmes zu konstatieren. Es ist noch hinzuzufügen, daß alle Bestrebungen des Kindes, den Darm zu entleeren, erfolglos blieben. Solch ein klinisches Bild, zusammen mit der Anamnese (Abgang von Askariden) ließ unwillkürlich den Gedanken aufkommen, daß man wahrscheinlich einen akut aufgetretenen Darmverschluß, bedingt durch Ansammlung von Askariden, vor sich hatte. Ich konnte mich aber schwer entschließen, angesichts solcher stürmischen Erscheinungen bald das entsprechende Wurmmittel zu geben, und begnügte mich mit der Verordnung einer Eisblase auf den Unterleib, innerlich Emuls. Amyg. mit 5 Tropfen Opium und einen eiskalten Tee zu geben.

Den nächsten Tag ließen die Schmerzen und das Erbrechen nach. Abdomen ebenso aufgetrieben wie vorher, aber weniger empfindlich. Kein Stuhlgang. Dienstag, den 14. August gingen durch den After ohne besondere Erscheinungen Askariden allein ohne Fäkalmassen ab. Am 15. August wurde dem Kinde Santonin 0,03 zusammen mit Calomel 0,05 pro dosi verordnet. Nach dem dritten Pulver stellte sich das Erbrechen wieder ein; es wiederholte sich 2 mal. Diesmal waren aber die Schmerzen nicht so heftig, wie in den ersten 2 Tagen der Erkrankung. Infolge des aufgetretenen Erbrechens gaben ihm die Eltern nach eigener Initiative kein Pulver mehr; den nächsten Tag erschien beim Kinde der erste Stuhlgang, mit dem 16 Askariden abgingen. Der Meteorismus wurde geringer, obwohl noch einige Empfindlichkeit bestand. Erbrechen trat nicht mehr auf, das Kind klagte aber noch immer über Übelkeit.

Weil die Temperatur normal war und keine peritonitischen Erscheinungen bestanden und der ständige Stuhldrang des Kindes resultatlos blieb, entschloß ich mich zu einer geringen etwa $^1/_2$ Glas vollen Einpressung von kaltem, abgekochtem Wasser; innerlich eine Resorzinsolution von $^1/_3$ g pro dosi. Das in den Darm eingeführte Wasser wurde dort behalten, und den nächsten Tag, am 18. August, hatte die Kranke einen wässrigen, grünlich gefärbten Stuhlgang und binnen sehr kurzer Zeit gingen 76 Exemplare von Askaris vollständig schmerzlos ab. Am 16. August wiederum ein wässriger Stuhlgang mit Abgang von 6 Askariden. Schon nach dem Abgang der 76 Exemplare nahm der Unterleib seine gewöhnliche Form an, alle schmerzhaften Empfindungen verschwanden, und der Zustand der Kranken besserte sich dermaßen, daß ich mich entschloß, sie allmählich ernähren zu lassen. Die Kranke besserte sich sehr schnell.

Nach 5 Tagen wurden mir noch 7 Askariden zugestellt, und ich sammelte somit 110 Stück.

Seitdem hat das Mädchen, nach sorgfältigster Beobachtung seitens der Eltern, keine Askariden mehr entleert.

II. Referate.

E. Fricker (Bern), Über zwei Fälle von Darmeosinophilie. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Von den zwei Fällen betraf der eine ein Kind von $2^1/_2$ Jahren.

Der kleine Patient leidet seit 1 Jahre an periodenweise auftretenden Diarrhöen. In den letzten Monaten sollen den dünnflüssigen Stühlen fast immer reichlich Schleim und Spuren von frischem oder zersetztem Blut beigemischt gewesen sein. Appetit während der ganzen Zeit gut; kein Erbrechen. Das Kind klagte nie über Schmerzen, war stets lebhaft, hat nie gefiebert, wurde aber zusehends blässer.

Untersuchung am 24. August 1905. Stark anämisches Kind mit normalen Zirkulations- und Respirationsorganen, ohne Zeichen von Konstitutionsanomalien. Im frischgelassenen, dünnflüssigen, stark fötid riechenden, gelb-rötlich aussehenden, stark schleimhaltigen Stuhl vereinzelt rote Blutkörperchen und — namentlich in Eiterflocken eingebettet — zahlreiche Charcot-Leydensche Kristalle, sowie massenhaft gut erhaltene Leukozyten, zumeist aus eosinophilen Zellen bestehend. Eier von Trichocephalus dispar in sehr großer Zahl. Blutuntersuchung: Hb-Gehalt 48%.

Auf Aussetzen der Kuhmilch, Verabreichung von Kindermehlen, Sol.-Fowl. und Eisentropon, Darmspülungen mit Actol (0,5—1 Prom.) verschwanden die diarrhoisch-blutigen Stühle nach einiger Zeit völlig, der Hb-Gehalt stieg auf 60%. Aber am 23. Oktober wieder diarrhoisch-blutige Stühle. Stuhluntersuchung gleiches Resultat wie das erstemal. Auf Tannin innerlich, Darmspülungen mit Wismutaufschwemmungen und strenge Diät wieder Stuhl normal. Am 20. Dezember wieder Rezidiv. Thymol in großen Dosen. Von jetzt ab keine Diarrhöen mehr. Spätere Untersuchungen ergaben geringe Beimischung von Schleim zum gutgeformten Stuhl, keine Leukozyten, nur ganz vereinzelte Trichocephaluseier.

Zweifellos waren die schwere Enteritis und Anämie hier auf eine Überschwemmung des Darmes mit den Trichocephaluseiern zurückzuführen. Daß dieser Darmschmarotzer manchmal die schwersten Krankheitserscheinungen hervorruft, lehrten schon frühere Fälle aus der Literatur.

Grätzer.

H. Brüning, Weitere Erfahrungen mit dem amerikanischen Wurmsamenöl (Ol. Chenopodii anthelmintici) als Antiascaridiacum bei Kindern. (Aus der Kinderabteilung der Universitätsklinik in Rostock.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.) B. hat jetzt 20 Kinder im Alter von 3—13 Jahren mit dem Mittel behandelt und es als prompt wirkendes Antiascaridiacum ohne unangenehme Nebenwirkungen kennen gelernt (nur manchmal etwas Brechreiz und vorübergehende Schmerzen in der Magengegend bei empfindlichen Kindern). Das Präparat (Schimmel & Co., Miltitz) wurde in Tropfenform verabreicht, je nach dem Alter 3mal 8—15 Tropfen (etwas warme Milch nachtrinken lassen!) in Zuckerwasser verrührt, hinterher ein Abführmittel, alles in 1stündigen Pausen. Es gelang in fast allen Fällen, so die Askariden bis zum anderen Morgen abzutreiben; nur bei wenigen war Wiederholung der Kur am nächsten Tage nötig.

Auch das aus dem Öl gewonnene ätherische Öl ($C_{10}H_{16}O_2$) zeigte die gleiche Wirkung.

Grätzer.

J. J. Jefimow, Eine Urinreaktion als neues diagnostisches Mittel bei der Helminthiasis des Menschen. (Semaine médicale. 1906. Nr. 47.) Ausgehend von der Annahme, die von den einen übrigens bis jetzt noch negiert und von den anderen be-

reits akzeptiert ist, daß die Darmparasiten, ebenso wie die Mikroorganismen, besondere Toxine produzieren, die schließlich in den Säftestrom ihres Wirtes übergehen, versuchte der russische Militärarzt die Gegenwart dieser Toxine im Urin festzustellen, und er glaubt mit Hilfe der von ihm angegebenen Urinreaktion die oft schwierige Diagnose einer Helminthiasis zu einer sicheren machen zu können. Wenn man sich der Schwierigkeiten erinnert, die der Feststellung von Darmparasiten sich so oft entgegenstellen, mehr noch der überaus vieldeutigen Symptome, deren wahre Ursache man eben nur ahnt, so müßte allerdings ein Verfahren willkommen geheißen werden, das uns in der Diagnose der Darmparasiten ein zuverlässiges Resultat gibt. Die Reaktion ist folgende: 5—10 ccm frisch entleerten Urins werden in einem Reagenzglas bis zum Aufkochen erhitzt, worauf man 5—10 Tropfen Quecksilbernitrat hinzufügt. Beherbergt der Patient keine Darmparasiten, so wird der Urin milchig und setzt alsbald einen weißen Niederschlag ab, handelt es sich um einen Fall von Helminthiasis, so bildet sich alsbald eine mehr oder weniger dunkelgraue Verfärbung, die bis zu schwarz reichen kann. Nach der großen Zahl der Prüfungen, die J. angestellt hat, über 1000, soll die oben angegebene Reaktion absolut sichere und konstante Resultate geben. Dabei sind gewisse Fehlerquellen zu vermeiden, indem gewisse chemische Substanzen mit dem Quecksilbernitrat einen braunen bis schwarzen Niederschlag geben, der den Arzt irreführen kann. Dazu gehören im allgemeinen die Alkalien, die schwefelhaltigen Körper (Pulv. Doveri z. B.) ferner die bleihaltigen Substanzen, gewisse Eisensalze usw. Morphium, Salizylsäure, Phenol, Zink- und Kupfersalze, Chinin und Antipyrin geben die Reaktion nicht, wenigstens in vitro. Eiweiß, Zucker, Indikan bleiben ohne Einfluß auf die Reaktion, während Eiter dagegen sie verändert. Über die Art der Darmparasiten freilich, ob Rund- oder Plattwürmer, besagt die Reaktion nichts; darüber soll vielmehr die mikroskopische Untersuchung der Urinkristalle Aufschluß geben: Bei Bandwürmern findet man in dem auf einem Objektträger ausgestrichenen und über der Spirituslampe erwärmten Urin zahlreiche feine granulierte Kristalle, während man bei Nematoden kruziforme Kristalle bekommt, die bei Askariden besonders groß und schön sein sollen, bei Feuchtigkeit sich schnell auflösen, von neuem erwärmt aber sich wieder zeigen. H. Netter (Pforzheim).

S. J. Jassny, Über die Behandlung von Scharlachnephritis mit Oleum Terebinthinae. (Aus der Scharlachabteilung des städt. Kinderspitals zu Charkow.) (Deutsche Ärzte-Ztg. 1907. Nr. 5.) J. gab Ol. terebinth. gallic. rectific. pro usu interno 3 mal täglich 15—25 Tropfen in Milch 20 Kindern. 12 davon hatten eine hämorrhagische Nephritis, und in 8 davon (66 %) verschwand das Blut rasch aus dem Harn, je 1 mal nach 1, 2, 3 Tagen, 2 mal nach 4 Tagen, je 1 mal nach 5, 6, 7 Tagen. 2 mal war das Mittel von geringer Wirkung, und 2 mal zeigte sich 2 Tage nach Verordnung des Terpentins Blut im Harn, der früher nur Eiweiß enthielt, und wenn auch die Blutung unter dem Einfluß der Terpentinbehandlung nach 6 bzw. 10 Tagen verschwand, so entsteht doch die Frage, ob

nicht die Blutung durch das Terpentin hervorgerufen wurde. Eiweiß wurde in allen 20 Fällen konstatiert, doch schwand es bei der Behandlung in der Mehrzahl der Fälle rasch; nur einige Male dauerte es etwas länger, und 1 mal versagte Terpentin ganz. J. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Terpentin reizt in geringen Quantitäten nicht einmal kranke Nieren.

2. Das Terpentin führt in vielen Fällen von Scharlachnephritis zu raschem Verschwinden des Eiweißes und des Blutes aus dem Harn.

3. Das Terpentin muß, wenn ein dauerndes Resultat erzielt werden soll, dem Kranken noch eine gewisse Zeit nach dem Verschwinden des Eiweißes und des Blutes aus dem Harn gegeben werden.

4. Es wäre erwünscht, die Wirkung des Terpentins auf den Scharlach selbst und auch als Prophylaktikum gegen Nephritis einer Prüfung zu unterziehen. Grätzer.

S. Slatogorow, Über die Anwendung der Streptokokkenvakzine bei Scharlach. (Beilage z. St. Petersbg. med. Wochenschr. 1906. Nr. 25.) Die Versuche wurden mit der Antistreptokokkenvakzine Gabritschewskis in Moskau ausgeführt. Die Impfungen erwiesen sich als völlig ungefährlich, und wenn auch ein abschließendes Urteil nicht möglich ist, so hat Autor doch den Eindruck, daß zweite Vakzination einen Schutz gegen Scharlach gewährt. In jedem Fall bewirkt schon einmalige Impfung einen leichteren Verlauf des Scharlachfalles selbst um besonders seiner Komplikation. H. Netter.

A. Posselt, Höchstgradiger septiko-pyämischer Scharlach. (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) Es handelt sich um einen 34 jähr. Kranken, in dessen Familie ein Kind eine Woche vorher an Scharlach gestorben war, zwei weitere Kinder ebenfalls sehr schwer an Scharlach darniederlagen. Patient hatte allerschwerste Erscheinungen: hochgradiges Fieber mit allgemeiner Schwäche und rasch eintretender Prostration, sehr starkes universelles Exanthem, das schon am Anfange des dritten Krankheitstages petechialen Charakter annahm und während der nächsten Tage zu enorm großen Hautblutungen führte, ferner: heftige Diarrhöen, beträchtlichen Milztumor, schweren Ikterus, Gelenksaffektionen, Benommenheit, Herzschwäche.

Trotz wiederholter universeller Ung. Credé-Einreibungen und reichlicher Kollargolklysmen schritt die Krankheit rapid fort, sodaß Patient zeitweise den Eindruck eines Moribunden machte. Die Wirkung des Moserschen Scharlachserums war dann eine ungemein prompte. Wenn auch die erste Injektion nur temporären Nachlaß einiger Symptome brachte, so führte die zweite und dritte zu derartiger Besserung, daß sich das Krankheitsbild wie mit einem Schlage änderte und die Krankheit in unmittelbarem Anschluß daran in die Rekonvaleszenz überging. Es ist ja freilich möglich, daß das eingeschlagene Verfahren günstigere Bedingungen für die nachherige Serumbehandlung schuf, oder daß die Silbertherapie in kumulativer Art eine Spätwirkung entfaltete und so noch mit einer Komponente am Heilerfolg beteiligt war. Es ist daher sehr wohl auch

ein Versuch der Silbertherapie gerechtfertigt, zumal diese meist sofort ausführbar ist, während die Beschaffung des Scharlachserums umständlich ist und einige Zeit erfordert, während welcher man sonst die Hand in den Schoß legen müßte. Grätzer.

A. M. Menendez, 7 Scharlachinfektionen bei einem Individuum. (Rev. de Med. y Cir. Pràct. 21. X. 1906.) Patient machte vom 7.—21. Lebensjahr 7 mal Scharlach durch; die Diagnose der einzelnen Attacken ist von den ersten medizinischen Autoritäten Spaniens gestellt. M. Kaufmann.

Gaetano Finizio, Über die Roseola scarlatinosa. (La Pediatria. Juli 1906.) Verf. beschreibt 3 Fälle aus derselben Familie, von denen er zwei als Roseola scarlatiniformis, den dritten als Mischform von Roseola scarlatiniformis und morbiliformis bezeichnet. Zwischen der ersten und zweiten Erkrankung lag ein Zwischenraum von 11 Tagen. Verf. begründet seine Diagnose und schließt sich auf Grund der in dem einen seiner Fälle beobachteten Tatsache, daß neben dem scharlachähnlichen Exanthem masernähnliche Flecken bestanden, der Meinung an, daß die Roseola scarlatinosa keine Erkrankung sui generis, sondern nur eine Varietät der gewöhnlichen Roseola darstellt. F.

W. v. Starck, Zur Diagnose der Barlowschen Krankheit (des kindlichen Skorbut). (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) v. St. berücksichtigt speziell die Punkte, welche zu Schwierigkeiten bei der Diagnose Veranlassung geben, und geht dabei von den wichtigsten Symptomen der Barlowschen Krankheit aus. Dies sind: 1. zunehmende Anämie, 2. hämorrhagische Schwellung des Zahnfleisches, 3. Schmerzen bei Bewegungen, 4. Auftreibung von einem oder mehreren Röhrenknochen, 5. Hämaturie, 6. hämorrhagische Schwellung der Augenlider und Exophthalmus. Diese Symptome können eventuell ganz im Stich lassen.

Die Krankheit braucht nicht mit Anämie zu beginnen; in frischen Fällen kann dieselbe trotz sonstiger ausgesprochener Erscheinungen fehlen. v. St. schildert einen solchen Fall.

Das Zahnfleisch ist öfters, auch wenn bereits Zähne vorhanden sind, so wenig verändert, daß diese Veränderung ganz übersehen wird. Auch dafür gibt v. St. zwei Beispiele, wo Hämaturie und Nierenreizung im Vordergrunde standen, Zahnfleischveränderungen aber fast gar nicht zu konstatieren waren. In einem anderen Falle dagegen lag eine sehr schwere Mundaffektion vor, welche durchaus der für den Skorbut der Erwachsenen charakteristischen entsprach.

Die Schmerzhaftigkeit an den Knochen ist oft so stark, daß eine Pseudoparalyse eintritt. Dann könnte wohl eine Verwechslung mit einer luetischen Pseudoparalyse vorkommen; doch führt die Osteochondritis luetica bereits in den ersten Lebenswochen dazu, in einer Zeit, wo die Barlowsche Krankheit noch nicht vorkommt. An sonstigen Luessymptomen pflegt es auch daneben nicht zu fehlen; auf dem Röntgenbild würde man den für Barlow charakteristischen Schatten am Ende der erkrankten Diaphyse vermissen. Anderseits

ist das Vorhandensein der Schmerzen für die Diagnose kein Erfordernis; ebensowenig eine Auftreibung von Knochen.

Das Symptom der hämorrhagischen Schwellung der Augenlider mit und ohne Exophthalmus ist so auffallend, daß eine Verwechslung kaum möglich ist. Schwierigkeiten in der Deutung können eher entstehen, wenn nur Exophthalmus da ohne hämorrhagische Verfärbung der Lider. Dann wird vielleicht ein Hydrocephalus in Frage kommen können, doch die akute Entwicklung des Exophthalmus und der Mangel sonstiger Symptome erhöhten zerebralen Druckes gegen eine solche Annahme sprechen. Es ist daran festzuhalten, daß ein rasch entstandener, doppelseitiger, auch einseitiger Exophthalmus im jugendlichen Alter die Folge eines retrobulbären Blutergusses im Zusammenhang mit Barlowscher Krankheit sein kann.

Hämaturie kann als einziges sichtbares Symptom der hämorrhagischen Diathese bestehen.

Schließlich gibt es eine „Forme fruste" der Barlowschen Krankheit. Dafür führt v. St. ein Beispiel an. Das 9 Monate alte Kind, das nur seit einigen Wochen weniger frisch erschien wie früher und das rechte Bein nur weniger lebhaft bewegte, bot objektiv sonst nur ganz wenig ausgeprägte Symptome dar. Rohe Kuhmilch brachte in kurzer Zeit die alte Gesundheit wieder. Die prompte Wirkung der Ernährungstherapie wird in zweifelhaften Fällen für die Diagnose mit verwertet werden können.

Grätzer.

Liudolfo Belloc, Infantiler Skorbut, „forme fruste". (Rev. de la Soc. Méd. Argentina 1905. Sept.—Okt.) 8 Monate altes Kind, das infolge des plötzlichen Todes der Mutter mit 15 Tagen Backhaus-Milch als Nahrung bekam. Dabei entwickelte sich das Kind sehr gut. Nach und nach wurde der Schlaf unruhig, beim Anfassen der Arme weinte das Kind. Die Schmerzen schienen besonders in den Beinen lokalisiert zu sein. Appetit geringer. Ein hinzugezogener Arzt behandelt den Zustand als rheumatischen, ohne Erfolg, 15 Tage lang, worauf das Kind dem Hospital zugeführt wird. Guter Ernährungszustand, bleiches Gesicht, häufiges Weinen, besonders wenn man die Beine bewegt. Leichte Schwellung am inneren Fußrand beiderseits. Zwei untere Schneidezähne, Zahnfleisch gesund. Keine Rachitis, Urin leicht sanguinolent. Temp. 37,1°. Therapie: frische Milch und Zitronensaft; sofortige Besserung und schnelle Heilung.

H. Netter (Pforzheim).

H. Rehn, Weiterer Beitrag zur Charakteristik der Barlowschen Krankheit. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 9.) Kürzlich in einer Publikation hatte R. gesagt: „Der charakteristische Röntgenbefund von dem vorher angeführten, relativ frischen Fall scheint mir zu beweisen, daß der Stillstand der Einschmelzung bereits in der ersten Zeit der Erkrankung stattfindet, und legt die Vermutung nahe, daß er direkt unter dem Einfluß der fehlerhaften Ernährung und nicht unter dem einer Markerkrankung bzw. Blutung zustande kommt."

Ein neuerdings von R. beobachteter, ganz frischer Fall brachte in dem erhobenen Röntgenbefund die Bestätigung dieser Annahme. Man konnte hier konstatieren, daß die sich in der Persistenz der prä-

paratorischen Verkalkungslinie, also den Stillstand des Einschmelzungsprozesses charakterisierende Störung sich über das ganze Skelett erstreckte und die erste Phase der Barlowschen Krankheit darstellte, während die hämorrhagische Diathese erst in zweiter Linie steht. Jedenfalls waren in dem Falle Blutungen nicht in Rechnung zu ziehen, denn von einer hämorrhagischen Diathese war klinisch, abgesehen von der, wahrscheinlich durch einen subperiostalen Bluterguß am unteren linken Femurrande bedingten Druckempfindlichkeit und Bewegungsstörung nichts nachzuweisen. Es gibt hiernach schon eine Barlowsche Krankheit als Wachstumsstörung ohne hämorrhagische Diathese.

In betreff der letzteren dürfte es nun von besonderem Interesse sein, zu erfahren, daß sich bei einer anderen, ganz heterogenen Erkrankung, der akuten Leukämie, am Knochensystem nahezu dieselben mikroskopischen Veränderungen finden bzw. finden können, wie bei der Barlowschen Krankheit.

R. schickte an Prof. Schmorl die Rippe eines 9jähr. Knaben, welcher an akuter Leukämie unter profusen Blutungen gestorben war. Schmorl schrieb nach der Untersuchung: „Sie werden daraus ersehen, daß der Befund in allen wesentlichen Punkten derselbe ist wie bei der Barlowschen Krankheit. Hier wie dort begegnen wir als sehr charakteristischem Befund einer Verminderung der Knochensubstanz im Bereich der endochondralen Ossifikation, weniger in dem der periostalen. Dieselbe ist hier wie dort auf eine mangelhafte Anbildung neuer, weniger auf eine Resorption alter Knochensubstanz zu beziehen. Ferner finden wir auch im der vorliegenden Rippe die Umwandlung des Knochenmarkes in sogen. Gerüstmark: allerdings ist diese Veränderung nicht so markant wie bei Barlow, aber doch jedenfalls vorhanden. Die für die Barlowsche Krankheit charakteristischen Blutungen werden ebenfalls nicht vermißt; sie liegen hier genau so wie bei Barlow vorwiegend in den subchondralen Zonen; die periostalen Blutungen sind allerdings nicht sehr ausgedehnt, werden aber vielleicht durch das leukämische Infiltrat zurzeit verdeckt. Daß die Markveränderungen von den endostalen Blutungen abhängig seien, dafür habe ich, wenngleich Blutungen und Markveränderungen vielfach zusammenfallen, doch keinen so sicheren Anhaltspunkt gefunden, um dieser Ansicht für den vorliegenden Fall beitreten zu können. Jedenfalls kann die mangelhafte Ausbildung der Spongiosa nicht von den Blutungen abhängig gemacht werden, dazu sind letztere viel zu frisch. Infolge der mangelhaften Ausbildung der Spongiosa in den subchondralen Zonen ist es hier zu einer Fraktur gekommen, also eine weitere Übereinstimmung mit Morbus Barlow.

Wie ist nun der nahezu gleiche Befund am Knochensystem bei zwei so verschiedenartigen Krankheiten zu erklären? Zum Teil stehen dieselben zweifellos unter den Einfluß der beiden Erkrankungen gemeinsamen hämorrhagischen Diathese; dagegen könnten wohl die mangelhafte Ausbildung der Spongiosa und die Markveränderungen, welche nach Schmorl nicht auf letztere zurückgeführt werden können, auf die ebenfalls gemeinsame tiefe Ernährungsstörung zu beziehen sein.

Grätzer.

H. Rehn, Uber kindlichen Skorbut. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 28.) R. faßt die Barlowsche Krankheit als einen dem Erwachsenenskorbut analogen Prozeß auf. Er sah künstlich ernährte Kinder daran leiden. Die Affektion trat bei Ernährung mit Kindermehl und ungenügendem Zusatz von abgekochter Milch in einer Mehrzahl von Fällen auf, sodann bei Backhaus- und Gärtnermilch, in einigen wenigen Fällen auch bei im Soxhlet länger als 10 Minuten sterilisierter Milch, 1 mal bei nachgekochter, vorher pasteurisierter Milch. Die Patienten waren 7—11 Monate alt und gehörten ausschließlich bestsituierten Familien an. Da die große Mehrzahl der Erkrankungen bei der Ernährung mit meist hochsterilisierter Milch beobachtet wird, so weist alles daraufhin, daß durch den Prozeß der Sterilisierung der Milch eine Eigenschaft entzogen wird, welche der frischen Milch innewohnt. Dies wird durch den raschen Heileffekt der letzteren zur Evidenz bewiesen. Hierin ist aber nach R.s Ansicht zugleich die Berechtigung zu der Annahme begründet, daß es sich weder um eine bakterielle Infektion, noch um chronische Intoxikation handelt und ebensowenig um eine Erkrankung des Knochenmarkes wie der Blutgefäße.

Was die Behandlung anbelangt, so läßt R., wenn keine Darmstörung besteht, ohne Bedenken ungekochte Milch reichen, zumal er auf Grund langjähriger Erfahrung zu der Ansicht gelangt ist, daß eine Übertragung der Rindertuberkulose auf das Kind durch die Milch mindestens zu den größten Seltenheiten gehört. Nach eingetretener Besserung und in leichten oder Frühfällen sofort, läßt R. kurz aufgekochte Milch nehmen (daneben Fleischsaft, Orangensaft, eventuell Gemüse usw.). Bei dieser Ernährungsweise hat er bisher noch keinen Todesfall gehabt, obwohl er es oft mit sehr schweren Fällen zu tun hatte. Auch den Darmkomplikationen, welche wohl selten dem Skorbut, sondern stets einer komplizierenden Rachitis zugehören, steht man nicht machtlos gegenüber. Jüngeren Kindern wird man durch Brustnahrung Hilfe bringen, die Ernährung älterer durch vorausgeschickte Ernährung mit Fleischtee, frischen Fleischsaft, rein oder mit Schleim gemischt, kleine Gaben von Portwein usf. zur Kuhmilch überleiten. Auf Medikamente hat R. stets verzichtet. Dagegen empfiehlt er die Ruhelagerung der unteren Extremitäten durch nebengelegte Säcke mit Sand, auch wenn keine sogen. Epiphysenlösungen vorliegen; der Schmerz wird beschränkt, die Aufsaugung der Blutergüsse begünstigt und dem Auftreten neuer Blutungen vorgebeugt. Bei schweren Ergüssen an beiden Beinen ist das Einlegen in eine Bonnetsche Drahthose von großem Wert. Gipsverbände passen nie im floriden Stadium, weil sie durch Druck lebhaften Schmerz erzeugen, während sie nach abgelaufenem Prozeß und bestehenden Epi-Diaphysentrennungen am Platze sein können. Der komplizierenden Rachitis ist große Aufmerksamkeit zuzuwenden, wobei R. auch die Darreichung von Phytin empfehlen kann. Grätzer.

J. Comby (Paris), Trois nouveaux cas de scorbut infantile. (Archives de méd. des enfants. Novembre 1906. S. 673.) Der Verf. hat seit dem Jahre 1898 10 typische Fälle von Barlowscher

Krankheit beobachtet und zwar bei 7 Knaben und 3 Mädchen, deren Alter zwischen $7^1/_2$ und 19 Monaten variierte, so daß man sagen kann, daß der Skorbut bei Kindern eine Krankheit des frühesten Alters sei. Alle erkrankten Kinder waren künstlich, meist mit auf industriellem Wege sterilisierter Milch genährt. Die Krankheit war nach 3—7 Monaten aufgetreten. Das Hauptsymptom ist die schmerzhafte Pseudoparaplegie mit oder ohne subperiostale Hämatome, die den Verdacht auf Rheumatismus, Myelitis, Syphilis, Osteomyelitis usw. erwecken. Die Diagnose wird durch das Vorhandensein von Zahnfleischecchymosen, die nur bei zahnlosen Kindern fehlen, und durch die bestehende künstliche Ernährung bestätigt.

Die Prognose ist selbst bei spät in Behandlung tretenden Patienten günstig; alle 10 persönlichen Fälle des Verf.s gingen in relativ kurzer Zeit in Heilung über. Nur die sehr veralteten Fälle erheischten eine Behandlung von 3—4 Wochen.

Die Behandlung besteht hauptsächlich darin, die künstlich veränderte Milch durch frische zu ersetzen und während einiger Tage 2—3 Kaffeelöffel täglich von frischem Trauben- oder Orangensaft zu verabreichen. Fleischsaft, der von manchen empfohlen wurde, ist überflüssig.

E. Toff (Braila).

J. L. Morse, Infantile Scorbutus. (Jour. of Amer. Med. Association. 14. April 1906.) Nach genauer Untersuchung von 50 Fällen von Scorbutus bei Säuglingen bestätigt Verf. die Ansicht des Komitees der „American Pediatric Society" für die „Feststellung der Ursachen des Scorbutus", daß diese Krankheit die Folge einer unzweckmäßigen Kost ist, besonders eines Mangels an frischer Milch, Frucht usw.

M. glaubt, daß Blässe und Appetitlosigkeit die frühesten Erscheinungen bilden, und daß Empfindlichkeit der Beine und des Rückens bei Berührung und schwammige Wulstung des Zahnfleisches und Neigung zu Blutungen (meistens wo keine Zähne vorhanden sind), sehr bald eintreten. Verdickungen an der Diaphyse (die unteren Extremitäten sind 3 mal so oft affektiert als die oberen) werden konstatiert in ungefähr 50 % der Fälle. Blutungen sind meistens periostal.

Die Behandlung besteht in sorgfältigem Nahrungswechsel und täglicher Darreichung von wenigstens einem Eßlöffel von Zitronen- oder Apfelsinensaft und etwas Fleischsaft. Daneben allgemeine hygienische Behandlung.

H. B. Sheffield.

B. Sperk, Erfahrungen auf der Säuglingsabteilung der Universitäts-Kinderklinik in Wien. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Dezember 1906.) Seine Erfahrungen resümierend, kommt S. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Eingliederung einer Säuglingsabteilung in ein schon bestehendes Kinderspital ist bei zweckmäßiger Adaptierung und bei genügendem Wartepersonal möglich.

2. Ausreichendes Pflegepersonal läßt sich am besten dadurch gewinnen, daß mit der Säuglingsabteilung eine Schule zur Heranbildung von Säuglingspflegerinnen verbunden ist.

3. Die künstliche Ernährung gesunder Säuglinge gelingt auf diese Weise auch innerhalb eines Spitales; Isolierung der Säuglingsabteilung, sorgfältige Pflege und rationelle Ernährung vorausgesetzt.

4. Die entzündlichen Affektionen der Atmungsorgane und die Otitiden sind die gefährlichsten und am schwersten prophylaktisch zu bekämpfenden interkurrenten Erkrankungen einer Säuglingsabteilung.

Grätzer.

W. Lewin, Zur Frage der Säuglingsernährung. (Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 1907. Nr. 6.) L. hat glänzende Resultate mit der künstlichen Ernährung erzielt, die er in folgender Weise durchführte. Er gab gewöhnliche Milch (ca. 20 Pf. pro Liter), die er den Säuglingen schon von 4 Wochen an unverdünnt reichte. Die Kinder erhalten anfänglich 200 ccm Milch und die gleiche Menge Wasser. Indem von Woche zu Woche je 50 g Milch zugesetzt und dieselbe Wassermenge fortgelassen wird, kommen die Kinder am Schluß des 1. Monats auf 400 ccm reiner Milch. Als einziger Zusatz: Milchzucker (2 Eßlöffel auf 1 l). Nachts bekommen die Kinder von vornherein nichts. Sie erhalten anfänglich 7 Mahlzeiten, und zwar alle $2^1/_2$ Stunden. Mit der Zunahme der Milchmengen läßt L. die Anzahl der Mahlzeiten allmählich verringern, bis sie schließlich auf 4 heruntergehen. L. läßt die Milch in einem einfachen, irdenen Topf im Wasserbade einmal aufkochen, läßt denselben Topf, mit einem überhängenden Deckel zugedeckt, im Sommer sofort auf Eis, im Winter an einen kühlen Ort stellen; bei Bedarf wird sie in die gewöhnliche Milchflasche getan und im Wasserbad erwärmt.

Seit 5 Jahren geht L. so vor und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Die Kinder gediehen, der Stuhlgang regulierte sich von selbst, Rachitis bildete sich nie aus.

Grätzer.

H. Neumann, Die natürliche Säuglingsernährung in der ärztlichen Praxis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.) Man hüte sich, scheinbare Erfolge bei künstlicher Ernährung für wirkliche zu halten! Der Irrtum, das Gedeihen eines Säuglings und seinen augenblicklichen Gesundheitszustand an der Wage ablesen zu können, ist ein höchst gefährlicher. Während regelmäßiger Gewichtszunahme können sich die schwersten Ernährungsstörungen vorbereiten! Überhaupt sind bei Säuglingen jeden Alters alle starken Gewichtszunahmen — über 250 g in der Woche — zu beanstanden, wenn sie sich während einer Reihe von Wochen wiederholen — mag es sich um künstliche oder natürliche Ernährung handeln. Es gibt nur wenige Kinder, deren Verdauungskanal die übermäßige Inanspruchnahme für die Dauer aushält. Gewöhnlich folgt auf die Zeit der großen Zunahmen die Zeit des Stillstandes und Rückganges.

Ist schon für normale Kinder die künstliche Ernährung gefährlich, so ist sie es noch viel mehr für minderwertige. Besonders für die von Krämpfen bedrohten Säuglinge rät N. dringend zur natürlichen Ernährung; durch sie sind die Säuglinge fast vollkommen sicher vor Stimmritzenkrampf und den verwandten Krämpfen. Wenn in der Familie und im besonderen bei älteren Geschwistern solche Krämpfe vorgekommen sind oder wenn auch nur das familiäre Auf-

treten stärkerer Rachitis und damit die Wahrscheinlichkeit von Krämpfen besteht, so dringe man energisch auf natürliche Ernährung. Eine solche ist unbedingt auch nötig bei Frühgeburten und überhaupt bei nicht voll entwickelten Kindern.

Es wird leider viel zu wenig gestillt! Meist wegen körperlicher Beschwerden und falscher Beurteilung der Funktionsentwicklung der Brustdrüse. Was erstere anbelangt, so gibt es nur wenig Kontraindikationen gegen das Stillen: schwere chronische Leiden. Aber auch diese sind individuell zu beurteilen. So trägt N. bei wenig ausgesprochener Lungentuberkulose und bei besonderer Dringlichkeit der natürlichen Ernährung kein Bedenken, wenigstens die ersten Wochen stillen zu lassen. Schwächlichkeit, Blutarmut, Schmerzen beim Anlegen des Kindes und dergl. werden viel zu oft als Gründe für das Nichtstillen herangezogen. Der Arzt sollte hier psychisch einwirken, sollte unbedingt durch Belehrungen die Mütter soweit bringen, daß sie die Notwendigkeit des Stillens einsehen und dieses nicht als Opfer, sondern als etwas Selbstverständliches betrachten, das nicht ohne ganz zwingende Gründe aufgegeben werden darf. Ein solcher ist auch in der Funktionsuntüchtigkeit der Brust nur ganz selten gegeben. Seitdem man die Technik des Stillens besser gelernt hat, gelingt es oft, Brüsten Nahrung zu entlocken, wo man es früher nicht für möglich gehalten hätte. Vor allem sollte man zunächst die Brust, auch wenn sie noch wenig absondert, ausschließlich geben und nicht gleich mit einer Milchmischung bei der Hand sein und dadurch die Energie des Saugens beim Neugeborenen beeinträchtigen. Keinesfalls sollte man mit dem Anlegen bis zum Einschießen der Nahrung in die Brust warten, während man ein normal entwickeltes Kind anderseits nicht früher anlegen sollte, als es sein Hungergefühl kräftig äußert. Selbst wenn es mehrere Tage dauert, bis der Saugreiz die Milch in die Brust zieht, so darf man doch auf den Erfolg warten, wenn man nur das Kind unter sorgfältiger Beobachtung behält. Bekommt der Neugeborene nach 2 Tagen noch keinen Tropfen Nahrung, so gebe man abgekochtes Zuckerwasser oder Fencheltee nach jedem Saugversuch, und nur bei schwächlichen Frühgeburten wird man schon frühzeitig daneben verdünnte Kuhmilch oder noch besser Ammenmilch reichen, weil sonst mit Erschöpfung der Kräfte auch die Stärke des Saugens und hiermit die Möglichkeit des Milchzuflusses nachlassen würde. Vor allem hüte man sich dann vor Überfütterung! Man reiche die Brust nur, wenn das Kind deutliches Hungergefühl äußert; es soll also überhaupt nicht — außer etwa zu der letzten Tagesmahlzeit — aus dem Schlaf genommen werden, worauf sich das Nahrungsbedürfnis schnell auf 4—6, meist auf 5 Mahlzeiten einzustellen pflegt. Bei Mäßigkeit in der Ernährung kann man mit einiger Sicherheit den Dyspepsien vorbeugen, welche auch an der Brust häufig sind und leider oft zum Unterbrechen des Stillens einen unberechtigten Anlaß geben. Es ist für die Zukunft des Kindes viel nützlicher, es an der Mutterbrust zu lassen und durch eine Verminderung der Zahl oder Größe der Mahlzeiten in einigen Tagen oder Wochen zum Ziele zu kommen. Falls hierbei die Nahrungsmenge zu gering wird, so ergänzt man sie durch dünne Schleimlösungen von Soxhlets Nähr-

zucker (5—10%), durch verdünnte Buttermilchsuppe oder durch eine gewöhnliche Milchmischung. Grätzer.

Huré, De l'alimentation des nourrissons par le lait de vache cru normal. (Thèse de Paris. 1906.) Die Vorteile der Ernährung dyspeptischer und atrophischer Kinder mit roher Milch sind vielseitig bestätigt worden, doch ist die Gewinnung einer einwandfreien Milch mit großen Kosten verbunden und sehr umständlich, so daß eine Verallgemeinerung dieser Behandlungsart kaum zu erwarten ist. Ein Institut zur Gewinnung aseptischer Kuhmilch besteht in der Nähe von Paris, und der Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung desselben. Die Kühe werden dortselbst nicht im Stalle, sondern in einem eigenen Saale, der einige Ähnlichkeit mit einem aseptischen Operationssaale haben dürfte, gemolken. Die Tiere werden zuerst gereinigt, gebürstet, das Euter mit gekochtem Wasser und Seife gewaschen und mit Wasserstoffsuperoxyd bespritzt. Der Melker muß sich die Hände in genauer Weise mit warmem Wasser und Seife waschen und bürsten, sowie auch die Nägel reinigen. Die gemolkene Milch fließt direkt in einen weiten Trichter, wird durch aseptisches Material geseiht und gelangt durch Metall- und Kautschukkanäle in das Untergeschoß, wo dieselbe in eigenen Behältern durch sterile Watte filtriert und auf 0° abgekühlt wird. Mit denselben peinlichen Vorsichtsmaßregeln wird hierauf die Füllung in sterilisierten Flaschen vorgenommen. Derartige Milch konnte 5—6 Tage in warmen Lokalen aufbewahrt werden, ohne die geringste Veränderung zu zeigen.

Außer den Vorsichtsmaßregeln, welche man bezüglich des Melkaktes beobachten muß, ist es von Wichtigkeit für die Milchgewinnung nur vollkommen tadellose Kühe zu benützen. Dieselben müssen eingehend untersucht werden und die Tuberkulinprobe gut bestanden haben. Die Hygiene der Stallungen ist von hervorragender Bedeutung für die Gesundheit der Kühe und die Qualität der gelieferten Milch. Bezüglich der Ernährung soll einer solchen mit natürlichem Euter der Vorzug gegeben werden; industrielle Abfallstoffe sind schädlich und können durch dieselben sogar Giftstoffe in die Milch eingeführt werden. Heu, Kleie, dickes Weizenmehl und Erdäpfel sind allen anderen Futtersorten vorzuziehen; Grünfutter kann noch nach vollendeter Trockenfütterung und in geringer Menge verabreicht werden. Milchkühe sollen 20—25 l Trinkwasser täglich erhalten, und darf dasselbe nicht zu kalt sein. E. Toff (Braila).

B. Salge, Einige Bemerkungen über die Bedeutung der Frauenmilch in den ersten Lebenstagen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.) Die Gründe, aus denen auf das Selbststillen verzichtet wird, sind meist nicht stichhaltig. So der Einwand, die Mutter habe zu wenig Milch. Das ist eine seltene Ausnahme, wenn ernster Wille sich bemüht, die Funktion der Brustdrüsen in Gang zu bringen. Freilich darf man nicht nach 2—3 mißglückten Versuchen die Flinte ins Korn werfen, da ein konsequentes Fortsetzen der Versuche zum Erfolge in mindestens 90% der Fälle führt. Man hat auch oft ganz falsche Vorstellungen der für das Kind notwendigen Milchmenge. Die notwendige Menge für den Säugling in den ersten 4 Wochen

braucht allmählich nur auf 500—600 ccm anzusteigen, oft genügen auch noch geringere Quantitäten. Geringe Milchsekretion ist zudem häufig mit einem höheren Kaloriengehalt der Nahrung verbunden, so daß das Kind auch bei geringerem Volumen zu seinem Rechte kommt. Man sollte sich sehr hüten, über die Qualität der Milch ein Urteil abzugeben nur auf oberflächliche Prüfung hin; es ist nicht leicht, hier ein richtiges Urteil zu fällen, ein solches darf sich nur auf ganz genauen Untersuchungen aufbauen. Oft ist nicht die Qualität der Milch schlecht, sondern das Kind gedeiht nicht, weil es zu oft angelegt wird, weil eine variable Überfütterung stattfindet.

Gerade die erste Nahrung des Kindes muß, wenn irgend möglich, Frauenmilch sein, sonst werden von vornherein durchaus aphysiologische Bedingungen für die Verdauungsorgane geschaffen, die dann häufig zu einer auch bei Frauenmilch schwer zu beseitigenden Darmstörung führen. Freilich hat es oft den Anschein, daß Kinder sogar bei künstlichen Nährpräparaten sehr gut fortkommen; die Stühle werden schön, das Gewicht steigt. Aber das sind Scheinerfolge, das böse Ende kommt nach. Man gebe von vornherein die Brust in rationeller Weise und bleibe möglichst bei dieser Ernährung. Reicht die Brust nicht aus, so ist das Allaitement mixte noch immer unendlich besser, als jede rein künstliche Ernährung, und alles, was an Frauenmilch zu haben ist, und ist es auch wenig, gibt eine ganz andere Gewähr für einen wirklichen Erfolg, als die Verfütterung des schönsten Präparates. Jeder Tag, an dem das Kind die Brust bekommt, ist ein Gewinn. Ist die natürliche Ernährung einmal wirklich nicht durchzusetzen, so hüte man sich vor allem vor Überfütterung. Niemals kürzere als 3 stündige Pausen, 6—7 Mahlzeiten höchstens in 24 Stunden und ein Nahrungsvolumen, das in der 1. Woche 250—300 ccm höchstens nicht überschreitet und ganz allmählich in den ersten 4 Wochen auf 600 ccm steigt. Daß auch bei der Brusternährung eine Überfütterung Mißerfolge zeitigt, wurde schon erwähnt; treten solche ein, so muß man sich durch Wägungen überzeugen, ob der Grund mangelnden Gedeihens nicht in einem „Zuviel" zu suchen ist.

Grätzer.

Karl Basch, Beiträge zur Physiologie der Milchdrüse. 1. Die Innervation der Milchdrüse. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Sucht man den nervösen Apparat der Milchdrüse zu beeinflussen, so kann man zweierlei Änderungen erwarten. Eine Änderung der Milchmenge und eine Änderung der Zusammensetzung der Milch. Der verläßlichste Maßstab für die Beurteilung des Milchreichtums einer Amme ist das Gedeihen ihres eigenen Kindes; abgesonderte Milchmenge und Körpergewichtszunahme des Kindes gehen annähernd proportional. Aus diesem Grund wurde auch bei säugenden Tieren in den Versuchen die abgesonderte Milchmenge einfach aus der Gewichtszunahme der Jungen erschlossen. Um den Einfluß des Sympathicus auf die Milchabsonderung zu studieren, wurde er in seinem tieferen Verlaufe in ausgiebiger Weise durch die Exstirpation des Ganglion coeliacum unterbrochen. Diese Exstirpation gehört zu den technisch schwierigsten Operationen. Die nach

dieser Sympathicusunterbrechung abgesonderte Milch zeigte keinen Rückgang in der Menge und auch qualitativ keine wesentlichen Unterschiede in bezug auf Nährwert und Bekömmlichkeit. Die Wägung der Jungen zeigte vielmehr sowohl beim Kaninchen wie beim Hund, daß dieselben vor und nach der Exstirpation des Ganglion coeliacum in gleicher Progression zunahmen. Untersuchte man aber die Milch der einzelnen Brustdrüsenpaare nach der Operation, dann fanden sich in den beiden untersten Brustdrüsenpaaren, den sogen. Bauchzizzen, bereits am 2. und 3. Tage nach der Resektion deutlich Kolostrumkörperchen der Milch beigemischt, während die Milch der oberen Drüsenpaare davon frei blieb. Exstirpation einer Nebenniere verursachte kein Auftreten von Kolostrum.

Durch Resektion des N. thoracicus longus bei säugenden Kaninchen und des N. spermaticus externus bei Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen wurde der Einfluß des peripherischen Nervensystems studiert. In keinem Falle konnte eine Verminderung der abgesonderten Milchmenge bzw. ein Gewichtstillstand oder eine Gewichtsabnahme der Jungen konstatiert werden. Verschiedentlich trat Kolostrum in der Milch auf.

Die Tätigkeit der Milchdrüsen ist, was die abgesonderte Milchmenge betrifft, also weder vom peripheren noch vom sympathischen Nervensystem abhängig. Wenn auch kein Zweifel darüber besteht, daß Milchstauung in erster Linie und als deutlichste Quelle der Bildung von Kolostrumkörperchen anzusehen ist, so dürfte dieselbe doch nicht als die ausschließliche Ursache derselben anzunehmen sein. Vielmehr scheint es eine allgemeine Eigentümlichkeit der Milchdrüse zu sein, auf eine Reihe von Veränderungen in ihrer Tätigkeit mit der Ausscheidung von Kolostrumzellen zu reagieren. Das Auftreten von Kolostrum ist im allgemeinen aufzufassen als das Zeichen einer unvollkommenen Tätigkeit der Milchdrüse und unter diesem einheitlichen Gesichtspunkt lassen sich dann alle Momente, welche Kolostrumabscheidung auslösen, wie Stauung, versiegende Sekretion, Nerveneinfluß, venöse Stase zusammenfassen.

Auch die Qualität der Milch, soweit sich dieselbe durch Bekömmlichkeit und Nährwert ausprägt, ist nicht direkt vom Nerveneinfluß abhängig.

Verf. versuchte weiterhin die enervierte Drüse gänzlich von ihrem Mutterboden loszulösen, indem er bei einer Hündin, bei welcher in der erstem Laktation sowohl das Ganglion coeliacum als auch der linke N. spermaticus reseziert war, nach dem Aufhören der Milchsekretion die enervierte unterste Brustdrüse an einem langen gestielten Lappen auf den Rücken transplantierte. Nach der Anheilung dort wurde auch die verbindende Hautbrücke verschorft. Die Hündin wurde von neuem trächtig. Die transplantierte Drüse wurde hyperämisch und bekam ein sukkulenteres Drüsengewebe. Die Epidermis der Brustwarze schilferte reichlich ab, und nach dem Wurfe des Tieres ließ sich deutlich kolostrumhaltige Milch aus der Drüse hervorpressen. Die Milchdrüse sezernierte also, obwohl sie aus ihrer Verbindung sowohl mit den peripheren als auch den sympathischen Nerven getrennt und von ihrem Mutterboden losgelöst war. Also

auch unabhängig vom Nervensysteme ist es möglich bloß durch Vorgänge, die mit der Schwangerschaft und Geburt zusammenhängen, eine Absonderung der Milchdrüse anzuregen. Dagegen scheint aber zur vollkommenen und andauernden Tätigkeit dieses Organs der Einfluß des Nervensystems allerdings nicht entbehrt werden können, wie das Versiegen der Milchabsonderung nach 10 Tagen beweist.

Hecker.

J. Andérodias, Rückkehr der Milchsekretion nach langem Entwöhnen. (Journ. de méd. de Bordeaux. 1906, 25. August.) In 2 Fällen sah der Verf. die Milchsekretion zurückkehren bei Frauen, die seit mehr oder minder langer Zeit mit den Stillen aufgehört hatten. 1. Eine am 19. Januar 1905 niedergekommene Frau stillt ihr Kind bis Mitte Februar. Sehr schmerzhafte Schrunden veranlassen die Frau zum Absetzen. 6 Wochen später versucht man wegen des gefährdeten Zustandes des Kindes die Brust wieder in Betrieb zu bringen. Tatsächlich kehrt die Milch nach 3—4 Tagen wieder und nach und nach reduziert man die Flaschennahrung. In 15 Tagen ist man bei ausschließlicher Brustnahrung angelangt. Ausgezeichnetes Gedeihen des Kindes lohnt die Bemühungen. 2. Eine andere Frau stillt ihr am 24. September 1905 geborenes Kind bis Mitte Dezember. Wegen eines Grippenfalles setzt die Mutter das Kind ab. Das Kind leidet sehr darunter. Einen Monat später legt man das Kind wieder an die Brust. Nach mehreren Tagen tritt wieder Milchsekretion ein und die Hälfte der Flaschenmahlzeiten kann weggelassen werden, um bald darauf wieder einer ausschließlichen Brustnahrung abgelöst zu werden. Jeder in der Kinderpraxis stehende Arzt müßte sich diese ermutigenden Erfahrungen, die übrigens längst nicht die einzigen sind, ad notam nehmen. H. Netter.

E. Megnier, Über die durch Abbrechen des Säugens in der Struktur der Brustdrüse bewirkten Veränderungen. (Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1906.) Verf. hat seine Untersuchungen an Hündinnen, Katzen, Meerschweinchen und Kaninchen angestellt. Es ergab sich, daß die regressiven Veränderungen, die in der funktionierenden Drüse infolge Abbrechens des Säugens entstehen, nicht in gleichmäßiger Weise in den verschiedenen Brustdrüsen und an den verschiedenen Stellen einer Brustdrüse bei demselben Tiere eintreten. Sie verlaufen je nach der Tierspezies und auch je nach den Individuen verschieden. In der Aufeinanderfolge der Erscheinungen kann man 3 Phasen unterscheiden: 1. Die Drüse hat noch Tendenz zu funktionieren, und es ergibt sich eine enorme Stagnation des Sekrets in den Ductus, in den Alveolarräumen und dem Epithel. 2. Die Drüse ist im Stadium der Cholostrumbildung. 3. Stadium mehr oder minder ausgesprochener Atrophie. Die Leukozyteninfiltration im ersten Stadium ist spärlich, relativ häufig sind die mononukleären; im zweiten Stadium ist die Infiltration hochgradig, und es überwiegen die polynukleären, im dritten ist die Leukozyteninfiltration sehr spärlich, und es überwiegen die kleinen mononukleären Leukozyten. Auch in den weiteren Stadien der Regression enthalten die Epithelien ganz feine Fetttröpfchen. Das interlobuläre und interstitielle Bindegewebe

nimmt, je längere Zeit seit dem Aussetzen der Sekretion verflossen ist, desto mehr zu; aber selbst in den am weitesten vorgeschrittenen Stadien werden die Drüsenacini nicht vom interstitiellen Gewebe komprimiert. Im Bindegewebe der Mammilla beim Meerschweinchen findet man eine mit der Entwicklung desselben zunehmende Eosinophilie; sie findet sich bei Hündinnen und Katzen unter entsprechenden Umständen nicht. F.

Hans Eckhardt, Untersuchungen an vegetarisch ernährten Kindern. (Zentralbl. f. d. ges. Phys. u. Pathol. d. Stoffw. 1906. Nr. 20.) Die in 4 Versuchen mit lakto-vegetabilischer Kost erhaltenen Zahlen für N-Ausnutzung sind allgemein etwas ungünstiger als bei gemischter Kost, halten sich aber gegenüber sonst bei vegetarischer Kost gefundenen Zahlen auf mittlerer Höhe: Der N-Verlust im Kot betrug 23,4, 17,5, 19,5, 25,6%. In allen 4 Fällen retinierten die Kinder N, sogar bei sehr geringer N-Zufuhr (im 3. und 4. Fall Nahrungs-N 4,720 g bzw. 5,296 g pro die); die tägliche Retention betrug 2,234 g, 1,561 g, 0,47 g, 0,652 g. Sehr gut war die Ausnützung der Kalorien: 90,8—93,7% (bei zwei Kindern bei Rubner mit gemischter Kost war die Ausnutzung 91,21% und 88,79%). Die Kalorienzufuhr betrug pro Tag und Kilo: 104,6, 100, 70,8 89,2; Vergleichswerte bei gemischter Kost liegen vor bei Herbst (Jahrb. f. Kinderhlk. 1898): 86,94 und 67,24 Kal. und bei Sophie Hasse (Zeitschr. f. Biologie. Bd. 18): 90 Kal. Die Ernährung der beiden Kinder mit 104,6 und 100 Kal. war eine überreichliche; die beiden anderen Zahlen sind von den Vergleichswerten bei gemischter Kost nicht nennenswert verschieden. M. Kaufmann.

Z. Adler (Budapest), Über den Einfluß der Alkalien auf den Kalkumsatz beim Kinde. (Monatsschrift f. Kinderheilkd. Juli 1906.) Aron hat gefunden, daß „bei stark vermindertem Natrium- und gleichzeitig sehr hohem Kaliumgehalt der Nahrung trotz einer ausreichenden Ca- und P-Zufuhr der Kalkansatz und damit das Knochenwachstum hinter der Norm zurückbleibt". A. stellte nun, um zu prüfen, ob diese am Tier erhobenen Befunde auch für den erwachsenen Menschen Geltung haben, an drei Kindern Stoffwechselversuche an, in denen der Einfluß eines wechselnden Kalium- und Natriumgehaltes der Nahrung auf die Kalkretention eruiert werden sollte. Es zeigte sich dabei, daß der für das Tier konstatierte Einfluß des überwiegenden Kali- oder Natrongehaltes auf den Kalkstoffwechsel für das Kind sich nicht erweisen ließ. Grätzer.

Torindo Silvestri, Der Kalkgehalt des Zentralnervensystems in seiner Beziehung zur Eklampsie, Tetanie und ähnlicher Zustände. (Gazz. degli osped. 1906. Nr. 96.) Verf. ist der Ansicht, daß der Kalkgehalt des Nervensystems bei der Spasmophilie eine Rolle spielt, und daß besonders bei den Krämpfen der Kinder der Mangel an Kalk der ätiologische Faktor ist. Es sprechen dafür die Tatsachen, 1. daß man bei verschiedenen, mit starker geistiger Arbeit begleiteten Psychopathien starke Kalkausscheidung konstatiert, 2. daß schon kleinste Kalkmengen, auf die Hirnrinde gebracht, durch Natriumcitrat erzeugte epileptiforme Krämpfe beseitigen,

3. daß der bei der Geburt recht hohe Kalkgehalt des Kindergehirns in der Zeit vom 6.—36. Lebensmonat, der Hauptzeit der Spasmophilie, viel geringer wird, 4. daß die Gehirne von Kindern mit Tetanie weniger Kalk enthalten als die normaler, 5. daß besonders rachitische Kinder spasmophil sind, 6. daß richtige Darreichung von Kalksalzen wie die rachitischen so auch die spasmophilen Erscheinungen günstig beeinflußt, 7. daß Phosphor, der die Kalkretention begünstigt, therapeutisch wirksam ist, 8. daß die schwangere Frau in den letzten Perioden der Schwangerschaft viel Kalk an den Fötus abgibt, wodurch sich auch bei ihr die Eklampsie erklärt. Ebenso verliert die Stillende mit der Milch sehr viel Kalk, was die spasmophilen Zustände bei der Laktation erklärt.

M. Kaufmann.

W. Stoeltzner, Die Kindertetanie (Spasmophilie) als Kalziumvergiftung. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 6.) Von der Erfahrung ausgehend, daß die Spasmophilie in der Mehrzahl der Fälle durch Änderung der Art und Menge der zugeführten Nahrung willkürlich beeinflußt werden kann, und daß das wichtigste Symptom, die galvanische Übererregbarkeit der peripherischen Nerven mit der Menge der genossenen Kuhmilch steigt und fällt, und daß der für die Kinder gefährliche Stoff in der Molke enthalten ist, suchte S. zu erfahren, welcher von den Komponenten der Milchasche der Übeltäter sei. Es wurde eine Reihe von spasmophilen Kindern, welche nach Aussetzen der Kuhmilch wieder normale Erregbarkeit zeigten, Lösungen von Kalzium-, Kalium-, Natrium- und Eisensalzen gegeben und gefunden, daß, während alle übrigen Salzlösungen sich indifferent verhielten, nach Darreichung von Kalzium sofort die Erregbarkeit wieder stieg, ja sogar von neuem Glottiskrämpfe auftraten. Es scheint in hohem Grade wahrscheinlich, daß die Eigenschaft der Kuhmilch, die Spasmophilie zu verschlimmern, auf ihrem hohen Kalkgehalt beruht.

Der resorbierte Kalk wird, soweit er nicht zum Ansatz kommt, zum größten Teile durch die Darmschleimhaut wieder ausgeschieden, und im Gegensatz zur natürlichen Ernährung werden bei der Fütterung mit Kuhmilch infolge des viel größeren Kalkgehaltes dieser höhere Ansprüche an die Kalkausscheidung des Darmes gemacht. Bei rachitischen Flaschenkindern wird aber die kalkausscheidende Funktion des Darmes übermäßig in Anspruch genommen, und zwar weil mehr Kalk als bei der Ernährung mit Frauenmilch resorbiert wird, weil der resorbierte Kalk so gut wie ganz wieder ausgeschieden wird, anstatt wie normal im Knochengewebe angesetzt zu werden, und schließlich weil der durch die rachitische Knocheneinschmelzung freiwerdende Kalk großenteils wieder durch die Darmschleimhaut eliminiert werden muß.

Die Kalziumtheorie der Tetanie findet im physiologischen Experiment eine gewisse Stütze, insofern Kalium lähmend, Kalzium dagegen ausgesprochen erregend auf ausgeschnittene überlebende Organe wirkt.

Hecker.

C. v. Pirquet, Die anodische Übererregbarkeit der Säuglinge. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 1.) v. P. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die galvanische Untersuchung ergibt beim normalen Säugling nur Schließungszuckungen unter der Grenze von 5 Milliampères.

2. Das Auftreten von Anodenöffnungszuckungen unterhalb dieser Stromstärke bei gleichzeitigem Fehlen von Kathodenöffnungszuckung und Kathodenschließungstetanus charakterisiert eine leichte Übererregbarkeit, welche man mit dem Ausdrucke „anodische Übererregbarkeit“ bezeichnen kann.

3. Diese ist eine Unterstufe der „kathodischen Übererregbarkeit“, welche an der Kathode durch Auftreten von Tetanus oder Öffnungszuckung unter 5 Milliampères erkennbar ist. Grätzer.

E. Moro, Über Gesichtsreflexe bei Säuglingen. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 21.) Über das Chvosteksche Fazialisphänomen, das Escherichsche Mundphänomen und das Thiemichsche Lippenphänomen stellte M. Untersuchungen an. Diese Untersuchungen erstreckten sich fast lediglich auf das normale Material des frühesten Säuglingsalters. Sie bringen insofern einen neuen Beitrag zur Semiotik der Gesichtsphänomene, als M. feststellen konnte, daß ihre geradezu konstante Auslösbarkeit bei Säuglingen der ersten Lebenswochen in den Bereich physiologischer Erscheinungen einzubeziehen ist.

Der Verlauf der Phänomene ist im wesentlichen von der Lokalisation der beklopften Partie abhängig. Am sichersten und am schönsten lassen sich die Zuckungen am schlafenden Säugling beobachten, weshalb M. seine Untersuchungen prinzipiell nur an schlafenden Kindern vorgenommen hatte. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, daß die Phänomene im wachenden Zustand erloschen sind; allein es ist begreiflich, daß die Unruhe und die starre Mimik eines weinenden und schreienden Gesichtes der Prüfung unwiderstehliche Schwierigkeiten in den Weg stellt. Man kann sich jederzeit davon überzeugen, daß auch das echte Fazialphänomen bei Tetaniekindern unter diesen Verhältnissen unmöglich auszulösen ist.

So lassen sich beim Beklopfen des Musculus orbicularis oris knapp innerhalb der Nasolabialfalte und oberhalb des Mundwinkels verschiedenartige Zuckungsphänomene erhalten. In vielen Fällen erfolgt darauf die Kontraktion des Musculus orbicularis oris, wobei der Mund rüsselartig vorgestreckt wird, ein Vorgang, der sich mit der Beschreibung, die Thiemich für sein Lippenphänomen gegeben hat, vollkommen deckt. Wenn die Kinder mit offenem Munde schlafen, erfolgt dabei zuweilen ein momentanes Hervorstrecken der Zunge. Das Lippenphänomen erhielt M. in ganz typischer Weise 22 mal in 92 Fällen.

14 mal beobachtete M. das von Escherich zuerst beschriebene Mundphänomen. Der Mund der Kinder wurde vorgestreckt und zugleich erfolgte eine ganz deutliche und zweifellose Zuckung nach der entgegengesetzten Seite. Die Zuckung auf der gekreuzten Seite dokumentierte sich zumeist in einer Verschiebung des Filtrums und in der Hebung des Nasenflügels auf der entgegengesetzten Seite. Dabei vertiefte sich zuweilen die Nasolabialfalte auf der nichtperkutierten Seite, was naturgemäß in der Regel mit einem Herabziehen des entgegengesetzten Mundwinkels verbunden war.

In der Mehrzahl der Fälle entsprach jedoch die Reaktion keinem der beiden Typen, indem dabei das Vorstrecken des Mundes ausblieb und sich nur die beiden Mundwinkel momentan senkten, eine Mimik, die jener gleicht, welche das Weinen der Kinder einzuleiten pflegt.

Alle diese Phänomene lassen sich aber nicht nur vom Mundwinkel, sondern mit größerer Deutlichkeit noch vom Chvostekschen Punkt aus erhalten, weil dabei der Schauplatz des Phänomens unberührt bleibt. Nicht selten reagieren Säuglinge der ersten Lebenswochen auf das Beklopfen des typischen Punktes mit echtem Fazialisphänomen. Auch hier bleibt die Zuckung nicht immer auf das entsprechende Fazialisgebiet beschränkt; wiederholt sah M. die Kontraktion ganz deutlich auch auf der nicht perkutierten Seite auftreten.

Die Frage nach der Natur der vorgeführten Gesichtsphänomene ist leicht zu beantworten. Entscheidend dafür ist das häufige Erscheinen der Zuckungen auf der entgegengesetzten Seite. Dieses Verhalten ist ausschließlich den echten Reflexvorgängen eigentümlich, denn es setzt die Vermittlung des spinalen Zentrums voraus.

Die beschriebenen Gesichtsphänomene — einschließlich des Fazialisphänomens der Säuglinge in den ersten Lebenswochen — sind demnach als Gesichtsreflexe aufzufassen und sind nichts anderes als ein weiterer Ausdruck der allgemein erhöhten Reflexerregbarkeit in diesem Lebensalter.

Das Auftreten von Begleitreflexen auf der entgegengesetzten Seite ist außerdem ein Zeichen für den beschränkten Widerstand, den die Ganglienzellen der Fortleitung der Erregung im Zentrum entgegensetzen. Dieser Widerstand ist in den allerersten Tagen des Lebens so gering, daß es zu dieser Zeit in der Regel überhaupt nicht gelingt, die Gesichtsreflexe distinkt zu erhalten, weil der Neugeborene auf das Beklopfen jeder beliebigen Stelle des Gesichtes mit einer heftigen Zuckung des ganzen Kopfes, zuweilen auch der Extremitäten, reagiert.

An zweiten oder dritten Lebenstage treten zum erstenmal die Gesichtsreflexe auf und bleiben zumeist bis in den zweiten, manchmal bis in den dritten Lebensmonat erhalten, um von da ab allmählich zu erlöschen. Ihre Kenntnis als physiologische Reflexe im frühen Säuglingsalter ist für die Diagnose der Tetanie praktisch verwertbar.

Ein weiterer typischer Gesichtsreflex, der sich bei Neugeborenen und bei jungen Säuglingen regelmäßig nachweisen läßt, ist der Lidschlußreflex. Der Reflex besteht darin, daß beim schlafenden Säugling das Antippen von Punkten der Glabella bis zur Mitte der Stirn, sowie das Beklopfen der Austrittsstelle des Nervus supraorbitalis, die momentane konzentrische Kontraktion des Musculus orbicularis oculi zur Folge hat. Zuweilen tritt der Lidschlußreflex auch nach dem Antippen des Nasenrückens und der Nasenspitze auf, er pflegt aber stets auszubleiben, wenn man andere Stellen der orbitalen Umrandung berührt, was gegen seinen Charakter als einfachen Abwehrreflex spricht. Der Lidschlußreflex läßt sich bei Säuglingen vom zweiten Lebenstage bis in die ersten Lebensmonate hinein verfolgen. Er tritt am frühesten auf und bleibt am längsten erhalten.

Grätzer.

C. H. Dunn, The Reflexes of Dentition. (Journ. Amer. Med. Ass. Vol. XLV. Nr. 1.) Obwohl Dentitio bei Säuglingen ein physiologischer Vorgang ist, verläuft derselbe nicht immer ohne jegliche Komplikationen, sondern werden recht oft Entzündungen der Mundhöhle, des Magens und Darms beobachtet, und nicht selten hohes Fieber, Otitiden und sogar Konvulsionen. Da aber die meisten Symptome gewöhnlich nach Zahndurchbruch verschwinden, glaubt Verf., daß dieselben von den das Zahnen begleitenden Schmerzen verursacht werden, also auf keinem pathologischen reflexiven Prozeß beruhen.

H. B. Sheffield.

Zaccerla Capuzzo, Über einen neuen Reflex auf dem Fußrücken. (Rivista di Clinica Pediatrica. 1906. Bd. I.) Mendel hat (Neurologisches Centralblatt 1904) darauf aufmerksam gemacht, daß, wenn man mit einem Perkussionshammer auf den Fußrücken und zwar an der Basis des III. und IV. Metatarsus schlägt, man bei gesunden oder an rein funktionellen Nervenkrankheiten leidenden Individuen eine Dorsalflexion der vier letzten Zehen, besonders der zweiten und dritten sieht, während bei Lähmungen oder spastischen Zuständen infolge organischer Erkrankungen an Stelle der Dorsalflexion eine Plantarflexion, meist begleitet von dem Babinskischen Phänomen, auftritt.

Verf. hat diesen Reflex bei einer großen Anzahl von Kindern untersucht und gefunden, daß bei Kindern unter einem Jahre, speziell in den ersten Lebensmonaten der Reflex anormal, nämlich Plantarflexion, sein kann, ohne daß eine Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegt; aber auch bei größeren Kindern kommt es vor, daß, auch ohne nervöse Organerkrankung, dieser Reflex vorhanden ist. Wahrscheinlich handelt es sich in diesen Fällen um eine einfache Kompression der cortico-spinalen motorischen Bahnen infolge Gehirnödem.

F.

P. Sorgente, Zwei Fälle von Oppenheims angeborener Muskelatonie. (La Pediatria. Mai 1906.) Es handelte sich um zwei wenige Tage alte Säuglinge, die, von gesunden Eltern stammend, hereditär in keiner Weise belastet waren und eine Lähmung aller Extremitäten aufwiesen. Auch die Muskeln des Thorax waren gelähmt; der Thorax nahm an der Respiration keinen Anteil, diese war vielmehr völlig abdominal mit Einziehung in einer der Insertion des Zwerchfells entsprechenden Linie. Beide Kinder starben nach kurzer Zeit, nachdem sie in den letzten 24 Stunden einige konvulsivische Anfälle gehabt hatten.

F.

Antonio Jovane, Beitrag zum Studium der Oppenheimschen angeborenen Muskelatonie. (La Pediatria. 1906. Bd. VII.) Mitteilung eines ein 3 Monate altes Kind betreffenden Falles; das Kind ging im Alter von 5 Monaten an Bronchopneumonie zugrunde.

F.

Ludwig Rosenberg, Über Myatonia congenita (Oppenheim). (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXXI. Heft 1—2.) Verf. stellt zunächst die bisher veröffentlichten Fälle von Myatonia congenita zusammen und fügt ihnen einen neuen Fall aus der Oppen-

heimschen Poliklinik hinzu. Im ganzen sind bisher 7 Fälle dieses Leidens beschrieben. Es handelt sich um eine kongenitale Erkrankung, bei welcher in den ersten Lebensmonaten bzw. im ersten oder zweiten Lebensjahr eine eigentümliche Schlaffheit und Bewegungslosigkeit des ganzen Körpers des Kindes oder nur bestimmter Abschnitte, besonders der unteren Gliedmaßen konstatiert wurde. Am schwersten sind meist die Muskeln des Hüft- und Kniegelenks betroffen. Immer verschont bleiben die von den Hirnnerven versorgten Muskeln, die Sphinkteren und das Zwerchfell. Das Leiden ist besserungsfähig; ob es zu einer völligen Heilung kommen kann, ist noch nicht mit Bestimmtheit zu entscheiden, doch ist es sehr wahrscheinlich. Die elektrische Erregbarkeit ist mehr oder weniger beträchtlich herabgesetzt oder ganz aufgehoben; sie fehlt auch in Muskeln, die reflektorisch oder willkürlich etwas kontrahiert werden. Besonders leidet die direkte Erregbarkeit. Ausgesprochene EaR wurde nicht gefunden. Die Hypotonie ist das Hauptmerkmal des Leidens, die Muskeln fühlen sich schlaff und weich an, erscheinen dünn und mager. Intelligenz, Sensibilität und Sinnesfunktionen zeigen keine Störung, die Reflexe sind herabgesetzt oder fehlen.

Wahrscheinlich liegt der Myatonia congenita eine verzögerte Entwicklung der Muskeln zugrunde. Bei oberflächlicher Betrachtung hat das Leiden eine große Ähnlichkeit mit der Poliomyelitis anterior acuta, unterscheidet sich aber schon dadurch von ihr, daß es sich um einen angeborenen, nicht um einen erworbenen Zustand handelt; ferner durch das Fehlen der EaR, das häufige Befallensein aller 4 Extremitäten, besonders aber durch den weiteren Verlauf. Differentialdiagnostisch kommen ferner in Betracht die Dystrophia musculorum progressiva, die Hämatomyelia intra partum, Gliosis, Myelitis lumbalis, Polyneuritis, Rachitis, Barlowsche Krankheit. Therapeutisch empfiehlt es sich, vom Nerven aus faradisch oder galvanisch Zuckungen hervorzurufen, aber auch die nicht sichtbar reagierenden Muskeln konsequent zu behandeln, ferner ist Massage anzuwenden.

Kurt Mendel (Berlin).

M. Bernhardt, Zur Kenntnis der sogen. angeborenen Muskelschlaffheit, Muskelschwäche (Myohypotonia, Myatonia congenita.) (Neurol. Centralbl. 1907. Nr. 1.) An der Hand eines eigenen Falles gibt Verf. eine Beschreibung der Myatonia congenita, die er für eine degenerative Affektion der peripherischen Nerven hält. Die unteren Gliedmaßen sind meist hauptsächlich affiziert, die Psyche, Sinne und Hirnnerven intakt. Das Leiden tritt im frühesten Kindesalter innerhalb der ersten Tage oder Wochen nach der Geburt auf. Ob es aber tatsächlich angeboren ist, dies zu unterscheiden bedarf noch weiterer Forschung. Für die Entstehung des Leidens kann man verschiedene Ursachen annehmen: eine mangelhafte Ausbildung der Muskeln bzw. der Vorderhörner des Rückenmarks (Oppenheim) oder eine mangelhafte Entwicklung des peripherischen Nervensystems oder eine bisher noch nicht näher in ihren Ursachen erkannte, vielleicht auf Infektion oder Autointoxikation zurückzuführende, degenerative Entzündung der peripherischen Nerven, eine Polyneuritis (Bernhardt).

Das Leiden scheint Knaben und Mädchen in ungefähr gleicher Häufigkeit zu befallen. Kurt Mendel (Berlin).

L. Cruchet und **Codet-Boisse,** Atrophische Myopathie und Pseudohypertrophie im Kindesalter. (Gaz. hebdom. de Bordeaux. 8. April 1906.) Der 9jährige Knabe kam in das Hospital mit der Diagnose einer angeborenen doppelseitigen Hüftgelenksluxation, Familienanamnese ohne Belang. Das Kind lernte schwer gehen, sprechen usw. Mit 4 Jahren war der Gang ein wackelnder, mit 7 Jahren ist das Gehen schwierig geworden, das Stehen unmöglich, starke Lordose. Mit 8 Jahren muß der Knabe im Wagen gefahren werden. Der Kopf wird nach dem Nacken zu getragen, die Wirbelsäule ist lordotisch, die Beine werden gespreizt gehalten. Ausgesprochene Atrophie der Arm- und Schultermuskulatur, flügelartiges Abstehen der Schulterblätter, Wadenmuskulatur groß und hart, die Muskeln der Hinterseite oder Oberschenkel ebenfalls. Patellarreflexe erloschen, danach Duchennesche Krankheit. Therapie: tägliche manuelle Massage, eine Viertelstunde lang (Erschütterung, Tapotement, Effleurage usw.), Elektrisieren der Beine. Beträchtliche Besserung.

In einem von Diamantberger und Albert Weil beschriebenen Fall, der einen 7jährigen Knaben betraf, wurden elektrische Bäder (Dreiphasenstrom) täglich während 20 Minuten gegeben und jede Sitzung wurde mit Faradisation beschlossen. Die Behandlung hatte am 15. Juli 1905 begonnen. Von der 12. Sitzung an wurde die Besserung bemerkbar, nach der 30. war der Knabe wieder imstande, sich vom Sitzen zu erheben, Treppen herauf- und herunterzugehen und in normaler Weise sich zu bewegen. Vom 15. September bis 22. Oktober 19 Sitzungen. Völlige Heilung. (Journal de physiothérapie. 15. Januar 1906.) H. Netter.

Plantenga, Amyotrophia spinalis diffusa familiaris. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1790.) Wie bekannt, hat J. Hoffmann 1893 (Zeitschrift für Nervenheilkunde) unter dem Namen „chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter auf familiärer Basis“ eine Krankheit beschrieben, die gewöhnlich in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres auftritt. Sie ist charakterisiert dadurch, daß sie als motorische Schwäche von den Muskeln des Rückens und der Extremitäten debutiert, und daß diese gewöhnlich alsbald durch eine vollkommene schlaffe Lähmung der Muskeln vor den beiden unteren Extremitäten gefolgt wird, welche Lähmung sich langsam über die Muskeln von Nacken, Rumpf und oberen Extremitäten ausbreitet. Intakt bleiben nur die Muskeln, welche von Gehirnnerven innerviert werden, ebenso die Muskeln von Blase und Rektum. Der Intellekt bleibt normal. Der Tod erfolgt gewöhnlich vor dem vierten Lebensjahr.

Bei der Obduktion wurde stets Atrophie und Degeneration der Ganglienzellen der vorderen Hörner gefunden.

Zu der Kasuistik dieser seltenen Erkrankung, von welcher bis jetzt nur 40 Fälle beschrieben sind, kann P. noch den folgenden Fall hinzufügen.

Kind von 18 Tagen. Die drei älteren Kinder der gesunden Eltern sind völlig normal. Normale Geburt. Kurz nach der Geburt wurde schon bemerkt, daß das Kind die Arme und Beine nicht bewegte, daß das Kind überall schlaff war und nur sehr schwach weinte. Ernährung an der Brust der Mutter. Das Saugen geht schwer, weil bei dem Anlegen an die Brust Anfälle von Dyspnoe auftreten.

Körpergewicht 3380 g, Länge 53 cm. Muskeln von Nacken, Rumpf und Extremitäten atrophisch und ohne Funktion, so daß das Kind keine Spur von aktiven Bewegungen zeigt und als eine schlaffe Masse imponiert. Beide Arme in Flossenstellung.

Der Thorax nimmt keinen Anteil an den Atmungsbewegungen, dieselben geschehen nur durch das Diaphragma. Keine Blasen- oder Rektumstörungen. Keine Störungen der Sensibilität. Die elektrische Erregbarkeit der mimischen Muskeln ist normal, bei allen anderen Muskeln fehlt sie.

Anfälle von Anämie, gefolgt von Hyperhidrosis und Cyanose mit Erstickungsgfahr. Klangloses Schreien. Temperatur normal. Tod am 49. Tage. Keine Obduktion.

Dieser Fall unterscheidet sich von dem Hoffmannschen Typus durch das Fehlen des familiären Charakters und durch das kongenitale Auftreten.

P. ist jedoch der Meinung, auch im Anschluß an derartige Beobachtungen von Sevestre und Comby, daß es sich um einen echten Fall der Amyotrophia spinalis diffusa familiaris handelte.

Graanboom.

Léopold Lévi et **Henri de Rothschild,** Corps thyroïde et tempérament. (Société de biologie de Paris, séance du 8. Décembre 1906.) Die Verff. beschreiben den Fall eines 17jährigen Mädchens, das nach Einnahme von 175 Schilddrüsenkapseln eine totale Umwandlung seines Charakters erfahren hatte. Während Pat. früher meist schweigsam und trauriger Gemütsstimmung war, wurde sie heiter, gesprächig und lachlustig, die Züge wurden ausdrucksvoller, die Augen lebhafter. Der ganze Zustand machte den Eindruck einer nervösen Überreiztheit, und schließen die Verff. hieraus, daß auch in anderen Fällen von Nervosität es sich im Grunde um Hyperthyroïdismus handle. Diese erhöhte Tätigkeit der Schilddrüse kann durch verschiedene physiologische oder pathologische Zustände, wie Schwangerschaft, Menstruation, Klimakterium, gewisse Infektionen, oder auch durch gewisse Medikamente, hervorgerufen werden. Auch kann gesagt werden, daß bei manchen Personen die Schilddrüse sich im Zustande eines labilen Gleichgewichtes befindet und es hierdurch zu nervösen, durch Hyperthyroïdismus hervorgerufenen Erscheinungen kommen kann.

E. Toff (Braila).

Wagner v. Jauregg, Zweiter Bericht über Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 2.) v. J. hatte weiter recht gute therapeutische Erfolge aufzuweisen und teilt seine Erfahrungen mit, durch die er interessante Momente eruierte. So gibt er eine Zusammenstellung der Wachstumserfolge bei den 3 Jahre und länger

behandelten Fällen und stellt eine Tabelle zusammen, aus der sich folgendes ergibt:

„1. Daß in der großen Mehrzahl der Fälle eine Wachstumsstörung vorhanden ist, ein Zurückbleiben hinter der durchschnittlichen Körperlänge des betreffenden Alters.

2. Daß die Wachstumsstörung um so beträchtlicher ist, je älter das Individuum; begreiflicherweise, da sich die Wachstumsstörung aus der Differenz der erreichten und der zu erwartenden Körperlänge ergibt und diese Differenz mit den Jahren immer größer werden muß.

In den unteren Altersstufen, vom 5. Jahre abwärts, finden wir sogar einen Überschuß der erreichten über die zu erwartende Körperlänge, woraus hervorzugehen scheint, daß die Wachstumsstörung in der Regel nicht das erste Symptom des Kretinismus ist, sondern sich häufig erst später, vom 4.—5. Lebensjahre an, einstellt.

3. Daß das Längenwachstum im 1. Jahre der Behandlung fast ausnahmslos das durchschnittliche normale Wachstum übertrifft, häufig sogar in sehr bedeutendem Grade.

4. Daß die Wachstumsenergie in den späteren Jahren der Behandlung zwar abnimmt, aber meistens auch dann noch eine übernormale ist oder wenigstens die Norm erreicht, was vor der Behandlung in der Regel nicht der Fall war. Daraus resultiert, daß auch bei Betrachtung längerer Zeiträume (3—6 Jahre) das in dieser Zeit erreichte Wachstum meist viel über das normale hinausgeht.

Das Wachstum ist in den späteren Jahren nicht immer gleichmäßig, und dürften dabei verschiedene Momente mitwirken. So scheint es, daß gegen die Pubertätsentwicklung zu ein neuerlicher Anstieg des Wachstums vorkommen kann. Ferner dürften einige weniger günstige Resultate von unregelmäßigem oder ganz unterlassenem Einnehmen der Tabletten herrühren.

Auch dürfte das verabfolgte Präparat nicht immer gleich wirksam gewesen sein. Es hat sich herausgestellt, daß auch bei Schafen nicht selten Kröpfe vorkommen. Wenn nun solche kropfige Schafschilddrüsen mitverarbeitet werden, so können dadurch die erzeugten Tabletten weniger wirksam werden. Es dürfte sich daher empfehlen, Schafschilddrüsen, von denen der einzelne Lappen mehr als drei, höchstens vier Gramm wiegt, nicht zur Tablettenerzeugung zu verwenden.“

Über das allgemeine Ergebnis seiner an einzelnen Fällen schon 5—6 Jahre, an einer großen Anzahl von Fällen durch 3—4 Jahre fortgesetzten Beobachtungen spricht sich W. wie folgt aus:

„Der Kretinismus wird in allen Graden und auch noch in vorgeschritteneren Alter (meine Beobachtungen reichen bis zum 27. Lebensjahre) durch die Behandlung mit Schilddrüsensubstanz günstig beeinflußt.

Der Erfolg ist um so besser, je früher mit der Behandlung begonnen wird.

In den leichteren Fällen von (wohl meist erworbenem) Kretinismus, in denen keine beträchtlichere Schädigung des Gehörorgans vorhanden ist, kann eine volle Heilung erzielt, d. h. es können alle Symptome des Kretinismus beseitigt werden, wenn mit der Behand-

lung frühzeitig, zwischen dem 2. und 3. Lebensjahre begonnen wird. Dieser Erfolg ist ein bleibender, d. h. er bleibt auch bestehen, wenn nach längerer Behandlung die Zufuhr der Schilddrüsensubstanz eingestellt wird.

Bei einer Anzahl von schweren Fällen von Kretinismus (es dürfte sich in denselben meist um angeborenen Kretinismus gehandelt haben) gelingt es auch beim Einsetzen der Behandlung in einem frühen Alter (1—3 Jahren) nicht, einen vollen Heilerfolg zu erzielen. Ob in solchen Fällen ein noch früherer Beginn der Behandlung (mit 6 Wochen, wie in den beiden früher angeführten Fällen) zu einem vollen Erfolg führen wird, kann ich bei der Kürze der Behandlungsfrist noch nicht sagen.

Was speziell die Störung der Gehörsfunktion anbelangt, ist zu bemerken, daß sowohl die auf Mittelohrerkrankung, als auch die auf Labyrintherkrankung beruhende Schwerhörigkeit der Kretins durch die Behandlung gebessert wird. Jedoch erweist sich dieses Symptom widerspenstiger als die anderen Symptome des Kretinismus; und höhere Grade von Störungen der Gehörsfunktion können auch bei Beginn der Behandlung im 2. oder 3. Lebensjahre nicht behoben werden. Ob ein noch früherer Beginn der Behandlung auch auf diesem Gebiete bessere Resultate zutage fördern wird, kann ich mangels einschlägiger Erfahrungen noch nicht sagen.

Es ergibt sich also aus dem Gesagten, daß man trachten muß, mit der Behandlung so früh als möglich zu beginnen, also sofort, wenn die Krankheit erkennbar wird.

Wir stoßen aber da auf ein bisher noch dunkles Gebiet; es wird von allen Seiten anerkannt, daß die Diagnose des Kretinismus in den ersten Lebensjahren großen Schwierigkeiten begegne. Was den angeborenen Kretinismus anbelangt, glaube ich, daß die Makroglossie und in Fällen, wo er vorhanden ist, der angeborene Kropf in den meisten Fällen schon von der Geburt an die Diagnose ermöglichen werden. Die eigentümliche Nasenbildung (außerordentliche Abflachung der Nasenwurzel und Kürze der Nase) halte ich für weniger charakteristisch, da sie auch anderen Erkrankungen zukommt. Cerletti und Perusini, die sich mit der Diagnose des Kretinismus in der ersten Kindheit eingehender beschäftigt haben, legen ein großes Gewicht auf die Beschaffenheit der Weichteile und auf die Gesichtsfarbe. Ich möchte nach meinen Erfahrungen bezweifeln, daß dieses Kriterium für die ersten Wochen und Monate des extrauterinen Lebens, bei den Fällen von angeborenem Kretinismus, verwendbar ist; denn bei den beiden älteren Kindern der Familie K., über die ich früher berichtet habe, konnte ich mich teils nach den Angaben der Mutter, teils durch eigene Beobachtung überzeugen, daß die Hautschwellungen erst am Ende des ersten Lebensjahres sich einstellten.

Noch schwieriger ist aber die Frühdiagnose des erworbenen Kretinismus, da die Symptome sich allmählich und unmerklich einstellen und erst nach einigem Bestande der Erkrankung deutlich in Erscheinung treten. In diesen Fällen wird vor allem das Ausbleiben des Gehen- und Sprechenlernens einen wichtigen Anhaltspunkt geben. Wenn sich dann die charakteristische bleiche Gesichtsfarbe und mehr

oder weniger hochgradige Hautschwellungen und die charakteristische Apathie dazu gesellen, wenn der Verschluß der Fontanelle, der Durchbruch der Zähne auf sich warten lassen, die charakteristische Nasenbildung da ist und das Wachstum nicht recht fortschreitet, ist die Stellung der Diagnose für den Arzt nicht so schwierig.

Die große Schwierigkeit liegt aber darin, daß, um das Kind einer rechtzeitigen Behandlung zuzuführen, die Eltern frühzeitig die Diagnose machen oder wenigstens auf die Vermutung eines beginnenden Kretinismus kommen müssen.

Das kann nur im Laufe der Zeit erreicht werden, indem die Bevölkerung in den Gegenden, wo der Kretinismus heimisch ist auf die Möglichkeit einer Behandlung dieses Leidens aufmerksam gemacht und dadurch auch der Blick für die Erkennung der frühen Anzeichen desselben geschärft wird.

Dieser Zweck wird erreicht, wenn anfangs auch ältere, weniger Aussicht auf volle Heilung darbietende Kinder in Behandlung genommen werden. Die immerhin auch in solchen Fällen eintretenden Besserungen erregen die Aufmerksamkeit nicht nur der Eltern, sondern auch weiterer Kreise und führen dazu, daß allmählich immer mehr Kinder und endlich auch solche aus den ersten Lebensjahren von ihren Eltern ganz spontan der Behandlung zugeführt werden.

Ich habe das an den Orten, an denen ich diese Versuche machte, selbst erlebt. Anfangs hatte ich vorwiegend im schulpflichtigen Alter stehende und selbst ältere Kinder in Behandlung; nach und nach kamen zuerst andere, in diesen Altersklassen stehende Kinder dazu und erst in der letzten Zeit werden mir öfters auch 2- bis 3jährige und selbst noch jüngere Kinder vorgeführt.

Ich hoffe daher, in einem künftigen Berichte über eine viel größere Anzahl von Kindern aus diesem Alter berichten zu können."

Grätzer.

O. Lugaro, Der sporadische Kretinismus. (Rivista di pathologia nervose e mentale. Januar 1905.) Verf. setzt zunächst die praktischen Schwierigkeiten beim Studium dieser Affektion auseinander, um sodann mit der genauen Beschreibung von 6 Fällen die Literatur dieser Krankheit zu bereichern, deren thyreoider Ursprung heute unstreitig feststeht.

Fall 1: 46jährige Frau mit allen Zeichen der myxödematösen Idiotie. Auf Schilddrüsentherapie bemerkenswert schnelle Besserung bis auf das Skelett, dessen Ossifikation abgeschlossen ist. Nystagmus, Deviation der Zunge, Steigerung der Sehnenreflexe gingen zurück.

Fall 2: 18jähriger Mensch mit infantilem Typus, dagegen ziemlich gut entwickelter Psyche. Schilddrüsentabletten: In weniger als 2 Jahren verschwanden die Zeichen des Myxödems, besserten sich respiratorische und zirkulatorische Funktionen. Diese Beobachtung ist interessant, insofern sie einen Zwischentypus darstellt zwischen der myxödematösen Idiotie Bournevilles und den myxödematösen Infantilismus Brissauds.

Fall 3: 7jähriger Knabe, wie in den beiden vorigen Fällen, rechtzeitig geboren und bei der Geburt ohne jede Abnormität, die sich erst gegen den 7. Lebensmonat in einem Stillstand der Entwicklung äußert, so daß er mit 7 Jahren eine Körperlänge von 77 cm hat, bei wenig ausgeprägtem Myxödem. Intelligenz gleich Null. Schilddrüsenbehandlung. Schnelle regelmäßige und progressive Zunahme von Körpergewicht und Länge. Vor und nachher aufgenommene Radiographien ergaben eine wesentliche Zunahme der Ossifikation des Skeletts. In gleichen Maße entwickelte sich die Intelligenz, verschwand die Hypothermie.

Fall 4: 18jähriger Mensch. Geburt und erste Monate normal. Stillstand der psychischen und somatischen Entwicklung gegen den 6. Monat. Auf Schilddrüsenbehandlung lebhafte Aufnahme in der psychischen und somatischen Entwicklung.

Fall 5: 10jähriges Mädchen mit allen Charakteren des Infantilismus und Myxödems. Schnelle und bedeutende Besserung unter Schilddrüsenbehandlung.

Fall 6: 7jähriges Kind. Ohne erbliche Belastung, rechtzeitig geboren, entwickelt sich schlecht und bleibt schließlich im Wachstum zurück. Mäßiger Grad von Myxödem, Körperlänge 92 cm. Intelligenz eingeschlafen, schlaff. Unter Schilddrüsenbehandlung schnelles Wachstum des Skeletts, Verschwinden der zirkulatorischen Störungen und Erwachen der psychischen Funktionen. Die Hand der kleinen Kranken hatte die nach Marie für Achondroplasie charakteristische Form „la main en trident“. Die Charaktere des sporadischen Kretinismus können demnach nach der Anschauung L.s sich auf zwei Symptome reduzieren: auf den Infantilismus und auf das Myxödem. Es scheint, daß diese beiden Erscheinungen eng miteinander verbunden sind und das Produkt eines infektiösen Krankheitsprozesses darstellen, der, indem er im allgemeinen auch die Schilddrüse in Mitleidenschaft zieht, zu einer funktionellen Insuffizienz dieses Organs führt. Diese Anschauungsweise findet ihre Stütze in der unbestreitbaren und raschen Besserung, die wir unter der Schilddrüsenbehandlung eintreten sehen.

H. Netter (Pforzheim).

Pàl Rauschburg, Infantilismus auf vererbter, luetischer Grundlage. (Budapesti orvosi ujsàg. 1906. Nr. 14.) Der Kranke ist $16\frac{1}{2}$ Jahre alt. Körperhöhe 121 cm, Kopflänge 157 mm, Schilddrüse auffallend klein. Auf Darreichung eines Schilddrüsenpräparates Besserung.

Ernö Deutsch (Budapest).

J. Comby (Paris), Nouveaux cas de mongolisme infantile. (Archives de méd. des enf. Janvier 1907.) Der Verf. veröffentlicht 8 neue Fälle von infantilem Mongolismus und gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen. Man versteht unter Mongolismus oder mongolischer Idiotie eine angeborene Idiotenart, charakterisiert durch das asiatische Gesicht. Die betreffenden Kinder ähneln von Geburt an einem Chinesen, Japaner oder Mongolen. Der Mongolismus ist keine allzu seltene Erscheinung, da C. im Laufe von 4 Jahren 22 authentische Fälle beobachten konnte. Durchschnittlich findet man unter 100 verschiedenen Idioten 5, welche der

mongolischen Abart angehören. Das männliche Geschlecht scheint ein größeres Kontingent zur Krankheit zu liefern; unter den erwähnten 22 Fällen waren 13 Knaben und 9 Mädchen.

Die mongolische Idiotie ist zwar angeboren, aber nicht hereditär. In fast allen Beobachtungen kann man im Laufe der Schwangerschaft verschiedene Störungen, meist psychischer Natur, wie Kummer, Aufregungen u. a. nachweisen.

Bei der Nekropsie der Mongolischen findet man Thymus und Schilddrüse normal; andererseits können Herzanomalien, wie interventrikuläre Verbindung, bestehen. Eine konstante Veränderung findet man aber am Gehirne, insofern die Hirnwindungen wenig ausgebildet, verbreitert und abgeflacht sind. Der Schädel ist kurz, rund-oval. Die Pyramidenzellen sind seltener und atrophisch, die Neuroglia zeigt leichte Proliferierung.

Radiographisch findet man Atrophie der Endphalangen an Füßen und Händen; die betreffenden Knochen sind verdünnt, verkürzt und in ihrem Gewebe atrophisch.

Die körperliche Entwicklung der Mongolischen bleibt stark zurück; die Fontanellen bleiben lange offen, die Zähne erscheinen spät, auch beginnen die Kinder spät zu gehen.

Man findet oft Pes varus, Syndaktylie, Kryptorchie, abnorme Dehnbarkeit der Gelenke, Herzanomalien, Rogersche Krankheit. Die Intelligenz ist bedeutend geschwächt, während die affektive Sphäre und das Gedächtnis bis zu einem gewissen Grade gut erhalten sind. Das Nachahmungstalent ist in gewissem Maße gut entwickelt, auch besteht eine ausgesprochene Vorliebe für Musik.

Die Prognose ist meist eine schlechte, um so mehr als eine große Anzahl von an Mongolismus leidenden Kindern in zartem Alter von verschiedenen Krankheiten dahingerafft werden. Auch besteht eine gewisse Prädisposition für Tuberkulose.

Mit Myxödem darf der Mongolismus nicht verwechselt werden. Bei ersterem fehlt die Schilddrüse, während sie bei letzterem normal ist, infolgedessen kann man bei Myxödem von der thyreoidalen Therapie einen Erfolg erwarten, was bei Mongolismus nicht der Fall ist. Die myxödematösen Kinder sind stupid und schwerfällig, während die mongolischen rührig und lustig sind, auch der Gesichtsausdruck ist bei beiden Krankheiten ein vollkommen verschiedener.

Der Verf. schließt sich ganz der Ansicht von Langdon-Down an, welcher bereits im Jahre 1866 den Mongolismus von den anderen Formen von Idiotismus getrennt hatte, und hält dafür, daß es sich bei demselben um eine sowohl anatomisch als auch klinisch und wahrscheinlich auch ätiologisch selbständige von Idiotismus handelt.

E. Toff (Braila).

Heinrich Vogt, Studien über das Hirngewicht des Idioten. Das absolute Gewicht. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XX.)

Aus den Untersuchungen des Verf.s ergibt sich, daß das Wachstum des idiotischen Gehirns in derselben Zeit sein Ende findet wie das Wachstum beim normalen Menschen, vielleicht aber eher früher als später im Vergleich mit der Norm.

Das Zurückstehen des idiotischen Gehirns hinter der Norm setzt sich aus zwei Faktoren zusammen: einmal aus der minderwertigen Anlage (oder der im Laufe der Entwicklung erworbenen Erkrankung) und zweitens aus der verringerten Wachstumstendenz.

Kurt Mendel (Berlin).

Heinrich Vogt, Organgewicht von Idioten. (Neurolog. Centralbl. 1906. Nr. 17.) Körpergewicht und Körpergröße sind ebenso wie die Lebensdauer bei den Idioten unter Norm. Diese Herabsetzung ist eine nicht unerhebliche, sie beträgt für die Länge etwa 10 cm. Nach dem Gewicht würden die Kinder in einem noch niedrigeren Alter zu stehen scheinen, als dies nach dem Längenwachstum der Fall ist. Die Sterblichkeit ist in jüngeren Jahren unverhältnismäßig groß. Auch die Organgewichte sind herabgesetzt, und man kommt so mehr und mehr dahin, in der Idiotie eine mit Allgemeinsymptomen zahlreicher und charakteristischer Art verbundene Hirnkrankheit zu erblicken.

Betreffs der einzelnen Organgewichte fand nun Verf. folgendes:

Fast alle Idioten zeigen eine Herabsetzung des Hirngewichtswertes. Der Geschlechtsunterschied ist ähnlich wie in der Norm. Bei den schweren Hirnagenesien (hochgradige Mikrocephalie) findet im Leben überhaupt kein oder doch nur ein ganz minimales Wachstum statt, bei den leichteren Idiotiefällen, in denen der Mangel der Hirnausbildung ein geringerer ist, hat hingegen ein Hirnwachstum im Leben zweifellos statt. Von dem 16.—20. Jahr besteht bei den idiotischen Gehirnen ein Ansteigen der Zahlen, erst das 17. und 19. Jahr erreichen bei den Männern einen Mittelwert über 1300. Auch das Wachstum des Schädelumfanges zeigt die Hirngewichtsvermehrung intra vitam an.

Auch bezüglich des Herzens, der Lungen, der Milz, der Leber und der Nieren ist eine wesentliche Herabsetzung des Gewichtes bei den Idioten festzustellen, besonders deutlich am Herzen und an den Nieren, am wenigsten prägnant an der Leber. Die Gewichtsherabsetzung der Lungen tritt namentlich bei den älteren Fällen hervor. An den Nieren ist auch die Wachstumszunahme intra vitam bei den Idioten vermindert.

Aus den Tabellen des Verf.s geht also hervor, daß die Organgewichte der Idioten durchaus herabgesetzt sind; am meisten tritt diese Herabsetzung beim Gehirn, ferner bei Herz und Nieren hervor. Die höchstdifferenzierten Organe nehmen also am meisten Schaden, d. h. diejenigen Organe, deren Zellen die längste Entwicklungsphase durchlaufen, bis sie die volle Höhe ihrer Differenzierung erreicht haben.

Für die Natur der Krankheit ist natürlich die Hirnkrankheit das entscheidende Moment. Es kann die Affektion der körperlichen Sphäre eine Folge der Hirnaffektion darstellen.

Die Idiotie ist also eine mit einer Beteiligung der körperlichen Sphäre verbundene frühzeitige Erkrankung des Gehirns.

Kurt Mendel (Berlin).

Karl Schaffer, Beiträge zur Nosographie und Histopathologie der amaurotisch-paralytischen Idiotieformen. (Arch.

f. Psych. Bd. XLII. Heft 1.) Verf. berichtet über die Präparate eines Falles von amaurotisch-paralytischer Idiotie, vermutlich ohne Familiarität, der als juvenile Form über ein ganz anderes anatomisch-pathologisches Substrat verfügt als die Sachssche Form. Die ausschlaggebende Rolle spielen Entwicklungshemmungen, sie machen die gefundenen symmetrischen Defekte in der zentralen Marksubstanz sowie das Fehlen der Sehstrahlung verständlich. Im übrigen war das Zentralnervensystem normal gebildet. Klinisch handelte es sich um eine amaurotisch-spastische Idiotie, die bei fortschreitendem Marasmus durch eine Pneumonie beendet wurde. Es bestand spastische Paraparese der vier Extremitäten, hochgradige Abnahme der Sehkraft, ein psychischer Defekt und fortschreitender Marasmus. Die Familiarität des Leidens konnte mangels anamnestischer Daten nicht festgestellt werden, sie war mit sehr großer Wahrscheinlichkeit — trotz fehlender Anamnese — auszuschließen. Diese Vermutung schöpft Verf. aus der pathologischen Art des Falles; Entwicklungshemmungen dieser Form tragen einen bezüglich der Entstehung derartig individuellen Stempel an sich, daß sie immer nur ein „Fall" bleiben; es fehlt ihnen etwas Generelles, wodurch die Wiederholung in einem engen Kreise, in einer Familie, höchst unwahrscheinlich ist. Unterscheidet sich demnach diese Form der Idiotie von der Sachsschen Idiotie klinisch durch das Fehlen der Familiarität, so besteht die Differenz in anatomischer Hinsicht darin, daß letztere eine zytopathologisch charakterisierte Form ist, während die vom Verf. beschriebene Idiotie als eine teratologisch begründete Form anzusehen ist. Verf. meint, daß es eine große, einheitliche Form von familiär-amaurotischer Idiotie gibt, welche zwar verschiedene klinische Varietäten in sich birgt, jedoch morphologisch durch gewisse Übereinstimmung der allgemeinen Züge als eine klinische Familie charakterisiert ist. „So dürfte es eine große Idiotieform geben, welche rein zellularpathologisch gekennzeichnet ist, namentlich durch die mehr minder ausgeprägte Schwellung des Zellleibes sowie der Dendriten; ein besonderer morphologischer Charakterzug dieser großen Idiotieform wäre ferner noch die absolute Diffusion der Zellerkrankung auf das gesamte Zentralgrau nebst fehlenden makroskopischen Anomalien. Hierher wäre dann die schwerere Sachssche und die leichtere Spielmayersche Form zu reihen als zwei Glieder der großen klinischen Familie, welche wir die zytopathologisch charakterisierte familiär-amaurotische Idiotie nennen könnten." Doch gibt es (wie der Fall des Verf.s zeigt) auch eine teratologisch begründete Form der amaurotischen Idiotie ohne familiären Charakter, die also mit der familiär-amaurotischen Idiotie nichts Gemeinsames hat. Kurt Mendel (Berlin).

H. Higier, Familiäre paralytisch-amaurotische Idiotie und familiäre Kleinhirnataxie des Kindesalters. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXXI. Heft. 3—4.) Verf. hatte vor einigen Jahren über ein Geschwisterpaar berichtet, das von einem jüdischen, gesunden, nicht luetisch affizierten, nahe blutsverwandten Ehepaare abstammend, an weit vorgeschrittener idiopathischer Sehnervenatrophie litt. Abnahme des Sehvermögens war von den Eltern schon im Laufe der ersten Lebensjahre konstatiert worden. Jegliche

Abweichung seitens des Nervensystems und der psychischen Funktionen wurde vermißt. Auch sonst entwickelten sich diese Patienten völlig normal, es bestand lediglich eine Atrophia nerv. opticorum mit fast vollständiger Blindheit.

Bei demselben Ehepaare beobachtete nun Verf. seit 6 Jahren ein Mädchen und seit $^1/_2$ Jahre einen Knaben mit eigentümlichen Symptomenkomplexen.

Bei ersterem handelt es sich um ein 9 Jahre altes Mädchen, dessen Leiden die weitgehendste Übereinstimmung mit der Ataxie hérédo-cérébelleuse bietet (in Betracht kommt noch in differentialdiagnostischer Beziehung die sogen. abnorme Form der infantilen Herzsklerose, die Friedrichsche Krankheit, die reine Form der Kleinhirnatrophie, die zerebrale spastische Diplegie).

Bei dem 13 Monate alten Knaben ergab die Untersuchung das Bestehen einer familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie (Tay-Sachs).

In Anbetracht des unzweifelhaft vorliegenden familiären Momentes ist Verf. geneigt, sämtliche, in der Familie beobachteten Fälle der großen Gruppe der angeborenen heredo-familiären Leiden zuzuschreiben.

„Auf dem Boden der Edingerschen Funktionstheorie fühlt man sich bei der Erklärung des Verlaufs und des Substrats der heredofamiliären Leiden, wo das toxisch-infektiöse Element bekanntlich fehlt, etwas sicherer, als es früher der Fall war." Kurt Mendel (Berlin).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 31. Januar 1907.

Greiner demonstriert die anatomischen Präparate eines unter den Symptomen einer **profusen Magenblutung** gestorbenen Falles von **Leberzirrhose**. Das 13jährige Mädchen war, ohne vorher ernstlich krank gewesen zu sein, plötzlich an unstillbarer Hämatemesis erkrankt und 30 Stunden später gestorben.

Die Blutung war, wie sich bei der Autopsie herausstellte, aus einem geplatzten Varix im unteren Ösophagusabschnitte erfolgt. Im Präparate konnte man als Ausdruck eines gutentwickelten Kollateralkreislaufes zahlreiche Venenektasien erkennen.

Für die Genese der granulierten atrophischen Leberzirrhose ist Alkohol zu beschuldigen. Das Kind bekam viele Monate hindurch täglich $^1/_4$ l Bier zu trinken.

Preleitner zeigt ein 12jähriges Kind mit **isolierter Lähmung des M. serratus anticus.**

Die Erkrankung besteht seit ca. 2 Wochen. Die Stellung der Schulterblätter ist asymmetrisch. Das rechte steht normal, das linke erscheint um ca. 45° nach außen gedreht, der linke Angulus scapulae steht höher als der rechte. Die Asymmetrie tritt deutlicher hervor, wenn das Kind die Schultern hängen läßt. Das Schultergelenk ist frei. Therapeutisch kommen orthopädische Maßnahmen in Betracht, durch welche das Schulterblatt an den Thorax angepreßt wird, wobei gleichzeitig die Schulter gestützt werden muß.

Knöpfelmacher hält den angekündigten Vortrag über **„Entstehung des Ikterus neonatorum"**. Die älteren Theorien suchten den Ikterus neonatorum mit

dem massenhaften Untergang von roten Blutkörperchen in ätiologischem Zusammenhang zu bringen.

Quinke nahm an, daß der Ikterus auf Resorption von Gallenbestandteilen aus dem Mekonium zurückzuführen sei. Vortr. konnte nachweisen, daß diese Theorie Q.s unhaltbar ist. Entfernung des Mekoniums aus dem Darme unmittelbar nach Geburt hat keinen Einfluß auf den Ikterus. Auch die Theorie eines Stauungsikterus ist zurückzuweisen, was Vortr. durch Hinweis auf negative histologische Befunde zu stützen sucht.

Nach Oswald besitzt die Galle neugeborener Kinder **hohe Viskosität**. Die Gallenproduktion ist unmittelbar nach der Geburt gesteigert. Die Gallenkapillaren erscheinen dadurch ektasiert.

Knöpfelmacher stellt folgende Theorie auf: Der Ikterus neonatorum ist eine Sekretionsanomalie der Leberzellen, welche mit der Steigerung der Gallenproduktion unmittelbar nach der Geburt zusammenhängt. Wegen der Zähigkeit der neugebildeten Galle kann dieselbe schwer abfließen. Es kommt daher zum Übertritt der Galle aus der Leberzelle in die Blut- bzw. Lymphbahn.

Escherich weist in der Diskussion darauf hin, daß die Theorie Knöpfelmachers doch auf einen Stauungsikterus hinauslaufe. E. hält die Ergebnisse der Untersuchung im übrigen für die Lösung der Frage noch nicht für ausreichend.

Knöpfelmacher erwidert, daß seine Theorie wohl eine Stauung annimmt, aber in einem anderen Sinne als die jetzigen Theorien.

Sitzung am 14. Februar 1907.

Flesch demonstriert ein durch Operation gewonnenes Präparat von **Darmintussuszeption.** Der Knabe erkrankte plötzlich unter Erbrechen und kolikartigen Schmerzen im Bauche. Dabei bestand Stuhlverstopfung. Während des Anfalles konnte man intensive Dünndarmperistaltik sehen. In der Gegend des Appendix bestand Druckempfindlichkeit.

Man dachte an perforiative Appendizitis. Bei der Operation war Coecum und Appendix völlig normal. Dagegen fand sich eine Invagination des Ileum von $^1/_4$ m Länge. Der Darm war in deren Bereiche blaurot, geschwollen und zeigte dekubitöse Stellen.

Die invaginierte Partie wurde reseziert. Jetzt befindet sich Patient auf dem Wege der Besserung.

Als Ursache der Intussuszeption konnte ein von der Spitze ausgehender Polyp von Haselnußgröße beschuldigt werden.

Escherich zeigt ein 8 monatiges Kind mit **höchstgradiger galvanischer Übererregbarkeit.** Patient ist künstlich genährt und leidet seit 2 Monaten an Verdauungsstörungen; seit wenigen Tagen besteht geringgradiger Stimmritzenkrampf.

An objektiven Symptomen besteht Fazialisphänomen, mechanische und galvanische Übererregbarkeit. KSZ (Kathodenschließungszuckung) bei 0,05 Milliampère, die ASZ und AÖZ bei 0,2, KÖZ bei 0,3 Milliampère.

Aussetzung der Milch auf 2 Tage setzte die galvanische Erregbarkeit nicht herab, im Gegenteil sie stieg noch an, während in anderen Fällen auch nach Finkelstein, Gregor Einfluß der Diät häufig kenntlich ist.

Zur Klärung der Frage, ob das Fazialisphänomen durch direkte Reizung des Fazialis zustande kommt oder auf reflektorischem Wege (Moro), wurde eine Stelle der Wange anästhesiert.

Trotzdem konnte das Fazialisphänomen ausgelöst werden. Dieser Befund spricht gegen einen Reflexvorgang.

Spieler bemerkt, daß er in 2 Fällen von **Tetanie durch Diätregelung** ebenfalls keinen Erfolg erzielte, erst nach Verabreichung von Phosphorlebertran besserte sich der Zustand langsam. Lebertran ohne Phosphor und Parathyreoïdintabletten waren ohne Einfluß. Bei 60 Kindern fand Sp., daß am N. medianus die AÖZ vor der ASZ auftrat.

Pirquet betont, daß sich verschiedene Nerven in dieser Hinsicht abweichend verhalten. P. hat alle seine Werte vom Peroneus gewonnen.

Neurath fragt, ob das Fazialisphänomen einen Rückschluß auf die Nervenübererregbarkeit gestattet.

Pirquet erwidert, daß das Fazialisphänomen fast immer mit kathodischer Übererregbarkeit einhergeht.

Escherich bemerkt zum Schlusse, daß die Ansicht, jedes Fazialisphänomen bedeute Tetanie, sicher falsch ist. Galvanische und mechanische Übererregbarkeit gehen nicht immer parallel.

Baumgarten berichtet über Untersuchungen betreffs Vorkommen von Milchsäure im Liquor cerebrospinalis. In 25 Fällen (Meningitis, chronischer Hydrocephalus usw.) positiver Befund, in 5 Fällen (Nabelsepsis, beginnende Meningitis) fehlte Milchsäure.

Frl. Bienenfeld hält einen Vortrag über „Die Leukozyten in der Serumkrankheit."
Da die Ausführungen der Vortr. vorwiegend theoretisches Interesse haben, geht Ref. nicht auf die Details der Arbeit ein.

Hervorzuheben ist, daß die Leukozytenzahl — bei täglicher Zählung morgens am nüchternen Patienten — nach der Seruminjektion während der Prodromalerscheinungen allmählich ansteigt, um frühestens am 6. Tage nach Einführung des artfremden Serums jäh abzustürzen. Die Leukopenie hält durch 1—4 Tage an und fällt mit der Höhe der Serumkrankheit zusammen. Nach dem Ablauf ihrer Serumerscheinungen erhebt sich die Kurve allmählich zu normalen Werten.

Differentialdiagnostische Zählungen ergaben, daß der Absturz der Leukozytenkurve hauptsächlich die polynukleären neutrophilen Leukozyten betrifft.

B. Schick (Wien).

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Nach Berl. klin. Wochenschr.)

Sitzung vom 9. Januar 1907.

A. Baginsky: a) **Ein Fall von Erblindung und Vertaubung nach Keuchhusten.**

Ich erbitte mir Ihre Aufmerksamkeit für einen Krankheitsfall, der nicht gerade zu den absolutesten Seltenheiten gehört, der aber doch zum Glück recht selten ist, nämlich für einen Fall von vollkommener Erblindung, Vertaubung und nunmehr beginnenden Erscheinungen von Idiotie (bei einem Kinde) nach Keuchhusten. — Der Krankheitsfall verlief folgendermaßen.

Das $1^1/_2$ Jahre alte Kind wurde am 11. März 1906 im Kinderkrankenhause aufgenommen. Das Kind ist rechtzeitig geboren, hat 4 Monate die Brust gehabt, später künstliche Nahrung und leidet bei der Aufnahme seit 14 Tagen an Keuchhusten, seit 2 Tagen an Krämpfen, die sich bei den Keuchhustenanfällen einstellen. Das Kind stammt aus angeblich gesunder Familie; es ist keines der Geschwister gestorben, in der Familie ist keine Tuberkulose, kein Abortus vorgekommen. Das Kind ist bei der Aufnahme in leidlich gutem Ernährungszustande, macht aber, da es völlig somnolent erscheint, einen recht schwerkranken Eindruck. Geringe Nackensteifigkeit. Die Augen reagieren nicht auf Lichtreiz, Lähmungen nicht konstatierbar; indes zeigen sich häufig einsetzende allgemeine Konvulsionen mit Streckung der Extremitäten und Verdrehen der Hände. Am Respirationsapparat nur Giemen und Pfeifen. Die Temperatur an demselben Tage zwischen 38 und 40° C. schwankend. In den nächsten Tagen traten zumeist mit den heftigen Keuchhustenattacken 14, 8, 16, 18 mal allgemeine Krampfanfälle auf. Das Sensorium bleibt benommen. Die Anfälle werden mühsam mit wiederholter Anwendung von Chloralhydrat und Chloroform bekämpft. So gehen unter wechselvollen Erscheinungen, die etwas von dem Charakter der Meningitis haben, die Tage bis gegen Ende März hin, wo dann unter Herabgehen der Temperatur die Konvulsionen verschwinden. Hustenattacken bestehen weiter. Auch zeigen sich vereinzelte anderweitige, nervöse Symptome: Rollen der Augen, Nystagmusbewegungen, gelinde Nackensteifigkeit und eine besondere Art von zuckenden Bewegungen um den Mund. Der Mund wird rüsselartig emporgestreckt, wobei die Ober- und Unterlippenmuskulatur nach entgegengesetzten Seiten ausgeführte Zuckungen beobachten läßt. Die Zunge wird zwischen die Zähne geklemmt, indes ohne Verletzungen davonzutragen. Stärkere Salivation. Die Pupillen sind auffallend weit, aber während sie anfänglich starr erscheinen, reagieren sie jetzt auf Lichtreiz gut.

Im Verlaufe des Monats April stellten wir fest, daß, wiewohl das Sensorium des Kindes etwas freier geworden zu sein scheint, eine Wahrnehmung von

Licht nicht statthat, und alsbald konnte auch konstatiert werden, daß das Kind selbst von lauten Geräuschen, von Musik und Pfeifen, keine Wahrnehmung hat. Das Kind ist schreckhaft, wenn man es plötzlich berührt, auch treten um diese Zeit und auch noch in den späteren Wochen hin und wieder Konvulsionen ein. — Die um die Mitte des Monats April gemachte Lumbalpunktion entleerte unter ziemlich starkem Druck 50 ccm klarer, völlig bakterienfreier (Plattenkulturen) Flüssigkeit. — Es muß als eine wichtige Erscheinung betont werden, daß der Pupillenreflex, der nach kurzem Fehlen sich eingestellt hatte, definitiv bestehen blieb und prompte Reaktion auf Lichtreiz jederzeit eintrat. Ich mochte damals schon auf Grund dieser Tatsache, wie ich sogleich erwähnen will, die Hoffnung, daß das Kind sein Sehvermögen wieder erhalten werde, nicht aufgeben, und komme darauf alsbald zurück. Das Kind blieb in diesem Zustande mit geringen Änderungen bis zum Monat Oktober. Sehr auffallend waren in dieser Zeit die sonderbaren Mundbewegungen, zu denen sich ein eigenartiges, heftiges, fortdauernd wiederholtes Hineinfassen mit den Fingern und Schmatzen gesellte. Im Oktober bemerkten wir zuerst ein schreckhaftes Zusammenfahren beim Ertönen einer schrillen Pfeife oder sonstigen starken, plötzlich gemachten Geräuschen, auch schien es, als wenn eine gewisse Lichtwahrnehmung bei dem Kinde sich bemerklich machte. So fing das Kind an, wenn volle Sonnenstrahlen plötzlich auf Bett und Gesicht fielen, mit beiden Händchen die Augen zu bedecken. Stärkere Geräusche wurden unangenehm empfunden, das Kind schrie auf und weinte. Im Monat November schien auch das Sensorium sich zu verbessern; das Kind wurde ein wenig zugänglicher für Spiel, wenn andere Kinder an das Bett herantraten, auch machte es beim Füttern einen verständigen Gesamteindruck.

So ist das Kind allmählich in denjenigen etwas verbesserten Zustand gekommen, den Sie jetzt an ihm wahrnehmen können. Das Kind fixiert augenscheinlich, wenn auch nur für Momente vorgehaltene Gegenstände, verfolgt für Momente Gegenstände und Personen mit den Augen; es beachtet plötzlich ertönende Geräusche, so daß man eine gewisse, freilich ganz langsame Verbesserung der beiden Sinneswahrnehmungen konstatieren kann; dagegen ist von einer wirklichen Teilnahme an der Umgebung keine Rede, und mit den eigenartigen Handbewegungen nach dem Munde, dem steten Kauen und Schmatzen und der Salivation macht das Kind entschieden den Eindruck eines idiotischen, sensorisch Erkrankten. Ich will erwähnen, daß wir dauernd den Augenhintergrund kontrollierten, und insbesondere hat Herr Dr. Spiro, der sich um das Kind augenärztlich bemüht, konstatiert, daß, nachdem im Anfange Pupillenstarre, ohne Veränderung des Augenhintergrundes bestanden hatte, später die Pupillenreaktion eintrat und bestehen blieb, daß aber die Sehnervenpapille anfing eine leichte temporale Abblassung zu zeigen. Im Dezember konstatierte Herr Spiro, daß die Augen dem Lichte folgen, die Pupillen prompt reagieren und daß eine geringe temporale Pupillenabblassung noch besteht. Die Veränderung ist aber so unbedeutend, daß man den Augenhintergrund eigentlich als normal bezeichnen kann.

Es gehört also der Fall in die Reihe derjenigen Fälle zerebraler Störung bei Tussis convulsiva, die mehrfach und ja auch von mir beschrieben worden sind. Die Literatur ist ja leicht zugängig, und ich kann auf mein eigenes Lehrbuch, in dem die Fälle eingehende Berücksichtigung gefunden haben, verweisen.

Wie kann man nun den vorliegenden Fall pathologisch deuten? Neurath, der vor 2 Jahren eine eingehende Arbeit über den pathologischen Befund bei den zerebralen Störungen bei Keuchhusten gebracht hat, ist geneigt, für die Mehrzahl der Fälle meningitische Reizungen und Veränderungen durch Exsudation, Zellenauswanderungen usw. anzunehmen; von anderen sind Hämorrhagien in den Vordergrund gebracht worden, von anderen toxische Einflüsse auf das Cerebrum. Ich habe, insbesondere unter dem Eindruck der Lumbalpunktion, die Idee des Bestehens eines akuten Hydrocephalus im Verein mit, und im Verlaufe meningitischer Reizung gefaßt gehabt, auf toxischer Basis, wie ich namentlich meine früher beobachteten, so glücklich abgelaufenen Fälle schließlich lediglich als aus toxischen Einwirkungen hervorgegangen erklären konnte. Es wäre sonst nicht zu verstehen, wie beispielsweise aus völliger Verblödung heraus, wie ich sie bei T. convulsiva beobachtet habe, völlige Heilung eintreten könnte; dies könnte doch nicht der Fall sein, wenn wesentliche anatomische Alterationen vorhanden gewesen wären. — Bei alledem ist doch der langwierige und nicht ganz günstige Verlauf dieses Falles derart, daß er eine andere Deutung zuzulassen scheint. Ich

habe gerade heute bei einem Falle von T. convulsiva eine eigentümliche Beobachtung gemacht. Es sind bei dem Kinde, welches etwa in derselben Altersstufe, wie dieses Kind hier steht, während der Hustenanfälle ganz minimale, submiliare Blutungen in Pünktchen, Kreischen und Strichelchen auf der Haut aufgetreten, zu vielen Hunderten. Man kann sich wohl vorstellen, daß, wenn ähnliches an der Hirnrinde und an wichtigen zerebralen Zentralapparaten vor sich geht, aus diesen minimalen Blutungen mit nachfolgenden Reizungszuständen Erscheinungen von Störungen funktioneller Art resultieren können, wie dieses Kind sie zeigt. — Diese minimalen anatomischen Läsionen werden aber doch wohl auch der Reparation sich zugänglich erweisen, weil sie nicht allzu tiefgreifend sind. — Ich muß nun aber noch einmal auf meine Äußerung zurückkommen, daß ich von Anfang an die Hoffnung hegte, das Kind werde sein Sehvermögen wiedererhalten. Da muß ich an eine Erläuterung erinnern, die vor vielen Jahren v. Graefe (1867) gelegentlich einer Besprechung von Fällen mit plötzlicher und vorübergehender Amaurose bei Scharlach durch den damaligen Professor der Pädiatrie, Ebert, den Vorgänger von Henoch, in dieser unserer medizinischen Gesellschaft gab, und die ich selbst noch hörte. v. Graefe führte aus, daß die erhaltene Pupillenreaktion beweise, daß der Reflexbogen vom Optikus zu den Vierhügeln und von da zu den Okulomotoriuszweigen ununterbrochen sei; — daß hier eine Läsion nicht bestehe. Der Ausfall der Lichtwahrnehmung und des Sehens könne nur durch eine Läsion die weiter rückwärts, nach der Hirnrinde zu liege, entstehen. Diese Läsion könne so schwer sein, daß der Kranke stirbt, aber daß diese Läsion solche Residuen hinterlasse, daß unter Fortbestehen des Lebens eine dauernde Unterbrechung der Bahnen von den Vierhügeln zum Orte der Lichtwahrnehmung bestehen bleibe, das könne man sich nicht vorstellen. So liege also in dem Erhaltensein des Pupillenreflexes eine gewisse Garantie der Wiederkehr des Sehvermögens, wenn der Kranke am Leben bleibt; sicherer als in der augenblicklich anscheinend nicht bestehenden Läsion der Papille und der Retina, der sich bei unterbrochener Pupillenreaktion später einstellen kann.

Wenn Sie nun selbst das Kind beachten wollen, so werden Sie sehen, wie es die Augen stets dem Licht zuwendet, wie es vorgehaltene Gegenstände wenigstens für Augenblicke fixiert, bald freilich wieder aus den Augen läßt. — Teilnahmlos ist das Kind nach wie vor der Umgebung gegenüber, und man muß befürchten, daß trotz langsamer Wiederherstellung von Seh- und Hörvermögen dennoch irreparable Zustände des Sensorium zurückbleiben.

Erwähnen will ich, daß das Kind mit Merkur- und Jodoformeinreibungen behandelt worden ist, auch Jodkalium in ausreichender Menge erhalten hat.

b) Ein Fall von Epidermolysis bullosa.

Der zweite Fall, den ich demonstrieren möchte, ist ein dermatologischer, und ich muß von vornherein um Entschuldigung bitten, wenn ich den Fall hier vorführe, da ich kein Fach-Dermatologe bin und nicht imstande bin, an den, wie ich glaube, immerhin bemerkenswerten und seltenen Fall aufklärende Erläuterungen zu knüpfen.

Es handelt sich um ein Kind von $1^1/_2$ Jahren, bei welchem eine geradezu erschreckend hartnäckige Hauterkrankung aufgetreten ist. Das Kind ist nie krank gewesen, ist auch von gesunden Eltern, ist eine zeitlang an der Brust genährt. — In der Familie ist ein ähnliches Leiden der Haut nie vorhanden gewesen. — Das Kind ist 10 Tage vor der Aufnahme im Krankenhause an zwei großen Blasen an der Innenseite der Oberschenkel erkrankt. Alsbald traten die Blasen auch im Gesicht auf, und bei der Aufnahme zeigten sich mächtig ausgedehnte, zum Teil auch kleinere, konfluierende Blasen, die sich ebensowohl über Brust, wie über Unterbauchgegend und die Extremitäten erstreckten. Ich habe, da das ganze Aussehen in keiner Weise der bekannten Pemphiguserkrankung der Kinder, auch nicht der von mir beschriebenen malignen Pemphigusform entsprach, zunächst an die als Herpes iris bezeichnete Erkrankungsform gedacht, bin aber, da das Übel von größerer Hartnäckigkeit ist und allen angewendeten Mitteln widerstrebt, auch der ursprünglich entzündliche Charakter der Blasen mehr und mehr zurücktritt, darauf gekommen, daß die Affektion vielleicht doch in die Gruppe der von Goldscheider, Valentin, Köbner u. a. beschriebenen Epidermolysis bullosa-Erkrankungen gehört, wenngleich in unserem Falle von Erblichkeit nichts nachzuweisen ist. Die Blasen schießen urplötzlich neu an den verschiedensten Körperstellen auf, trocknen ein und bieten jetzt mit den auf den ursprüng-

lich befallenen Stellen liegenden Krusten ein wesentlich gegen das ursprüngliche verändertes Krankheitsbild.

Ich habe zufälligerweise gleichzeitig mit diesem Kinde ein an echtem Pemphigus neonatorum erkranktes Kind im Krankenhause aufzunehmen gehabt und habe bei beiden Fällen bakteriologische Untersuchungen angestellt. Hierbei stellte sich heraus, daß bei diesem unseren Falle lediglich Streptokokken wuchsen, im Gegensatze zu dem anderen Falle, dem Pemphigusfalle, der die üblichen Formen von Staphylovirus in der Kultur aufwies.

So widerstrebt dieser Fall auch bis jetzt der sich mir sehr erfolgreich erwiesenen Pemphigusbehandlung. Tanninbäder, abwechselnd mit konsequenter Anwendung von Streupulvern haben gänzlich in Stich gelassen.

Vielleicht, daß einer unserer erfahrenen Herren Dermatologen die Güte hat, sich zu dem Falle zu äußern, bei der Gelegenheit auch therapeutische Vorschläge macht und überhaupt kund gibt, ob Hoffnung vorhanden ist, daß die Krankheit baldigst zur Heilung gebracht werden kann.

Blaschko: Die Fälle, welche von Köbner unter dem Namen Epidermolysis bullosa hereditaria beschrieben worden sind und die freilich meist nicht in dem Sinne hereditär sind, daß nun gerade die Eltern der betreffenden Kinder erkrankt sein müssen, sondern daß irgendwelche Aszendenten, auch nicht in direkter Linie die Erkrankung zeigen, sind dadurch charakterisiert, daß die Blasenbildung nur auf mechanischen Druck, nicht spontan und auch nicht durch irgendwelche chemische Reizungen eintritt, und ich möchte deswegen nicht glauben, daß in diesem Fall hier das Krankheitsbild vorliegt, das von Köbner u. a. als Epidermolysis bullosa bezeichnet worden ist.

Hier sehen wir eine Reihe von entzündlichen Prozessen, annulären Erythemen und in deren Zentrum erst die Blasenbildung; es kann daher meines Erachtens nur die Frage aufgeworfen werden: Handelt es sich hier um einen echten Pemphigus oder um die sogen. Dermatitis herpetiformis Duhring, eine gutartige pemphigusähnliche Krankheit, welche außer durch ihren benignen Charakter und ihre Neigung zu Rezidiven dadurch charakterisiert ist, daß sie sie sehr vielgestaltig ist, d. h. daß neben den eigentlichen Blasen auch noch eine Reihe von anderen exsudativen Exanthemformen, urtikaria-ähnlichen Elementen, vor allem aber Erytheme, so wie wir sie in diesem Falle sehen, aufzutreten pflegen.

Man kann ja nun bei der einmaligen Beobachtung eines solchen Falles kein definitives Urteil abgeben. Aber wenn sich nicht herausstellen sollte, daß diese Blasen durch mechanischen Druck im Laufe von wenigen Minuten künstlich hervorzurufen sind, so liegt das Bild der Epidermolysis hereditaria bullosa nicht hier vor, und ich würde einmal versuchen, mit Arsentherapie vorzugehen. Gerade bei der Duhringschen Krankheit hat sich Arsen sehr häufig als außerordentlich zweckmäßig erwiesen.

Medizinische Gesellschaft Basel.

(Nach Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte.)

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

1. E. Hagenbach (Autoreferat) referiert über weitere Beobachtungen an **rachitischen Muskeln**, die er schon in einem Artikel im „Jahrbuch für Kinderheilkunde“ Bd. LX, Heft 3 besprochen hat. Dazu geben ihm histologische Untersuchungen Anlaß, über welche hier anschließend Mitteilungen gemacht werden und welche die Annahme, daß es sich bei der rachitischen Muskulatur nicht um sekundäre Veränderungen, wie Inaktivitätsatrophie, sondern um eine primäre Myopathie handelt, zu stützen imstande sind.

Daß die Rachitis nicht allein auf einer Störung der Knochen beruht, das geht für jedermann daraus hervor, daß von seiten der Respiration, des Nervensystems, des Digestionstraktus häufig klinische Symptome sich zeigen, daß ferner die Milz oft vergrößert ist usw. Ein solch allgemeines Ergriffensein läßt die Annahme zu, daß eine allgemeine Noxe, vielleicht eine ganz bestimmte Infektion der Rachitis zugrunde liege. Was alles für eine solche Anschauung spricht, hat H. schon vor Jahren in einem Artikel über die Ätiologie der Rachitis in der „Berliner klinischen Wochenschrift“ aufgeführt.

Zu den weiteren Symptomen gehören auch die im ganzen wenig berücksichtigten Muskelveränderungen. Die Beobachtungen an rachitischen Muskeln haben für den Votanten derartig auffallende Funktionsanomalien ergeben, daß derselbe das, was bis heute vielfach als sekundäre Inaktivitätsatrophie, als Unbeweglichkeit infolge Schmerzhaftigkeit, als schlaffes Gelenk angenommen wird, auf primäre Veränderungen der Muskulatur zurückführt. Wenn ein Gelenk als erschlafft bezeichnet wird am Knie, am Fuß (z. B. genu valgum, pes valgus), so sind nicht in erster Linie die Gelenkbänder schlaff; denn jedes Gelenk wird schlaff, wo die dazu gehörigen Muskeln schwach, gelähmt oder durchschnitten sind. Ebenso die abnormen Bewegungen und Stellungen, nach Art der Schlangenmenschen, sind einzig auf die Muskeln zu beziehen. Auch die genannten Gymnasten sind nicht, wie noch häufig angenommen wird, Gelenk- sondern Muskelkünstler. Das Entstehen der rachitischen Kyphose führt Ref. ebenfalls auf Muskelschlaffheit zurück. Wären Veränderungen der Wirbel die Ursache der Kyphose, so wäre die ebenso rasche als vollständige Heilung mit dem Abheilen des rachitischen Prozesses schwierig zu erklären. Die schweren rachitischen Kyphosen, die oft für das ganze Leben bestehen, sind natürlich auf sekundäre Mitbeteiligung der Wirbel zurückzuführen.

Dieses abnorme klinische Verhalten der Muskulatur hat H. bestimmt, Bing zu veranlassen, die rachitischen Muskeln einer Untersuchung zu unterwerfen.

Im Anschluß an den Vortrag von H. berichtet Rob. Bing (Autoreferat) über seine **histopathologischen und elektrodiagnostischen Untersuchungen bei rachitischen Kindern mit pseudoparetischen und atonischen Muskelstörungen.** — An Hand von Präparaten und Mikrophotogrammen demonstriert er, daß Exzisionen an Fällen ausgeprägter rachitischer Myopathie ein charakteristisches histologisches Bild erkennen lassen (exzessive gleichmäßige Verdünnung des Faserkalibers, Verlust der Querstreifung, abnormes Hervortreten der Längsstreifung, gewaltige diffuse Vermehrung der Muskelkerne ohne nennenswerte interstitielle Infiltration, Fehlen jeglichen Fettgewebes, Zurücktreten des groben Bindegewebes). — Bei leichteren Formen finde man diese Abnormitäten der Textur nur angedeutet (Demonstration).

An Hand von Kontrollpräparaten verschiedener anderer Muskelaffektionen versucht der Vortr. darzutun, daß eine histologische Muskelveränderung sui generis vorliegt. Insbesondere schließt er die Inaktivitätshypertrophie aus, zu welchem Ergebnisse ihn auch seine funktionellen, speziell elektrodiagnostischen Untersuchungen an der Muskulatur der Rachitischen führten.

In bezug auf die hypotonisch pseudoparetischen Muskeln gewisser myxödematöser und mongoloïder Kinder ist B. noch zu keinem verwertbaren Resultate gekommen.

Dagegen kann er über einen typischen Fall von Oppenheimscher Myatonia congenita ohne pathologischen Befund in der exzidierten Muskulatur berichten (Demonstration). Er will deswegen letztere Affektion nicht ohne weiteres für eine funktionelle Affektion des Muskelsystems halten, sondern legt die Gründe auseinander, die ihm für eine Entwicklungsverzögerung der tonusregulierenden Bahnen des Zentralnervensystems zu sprechen scheinen.

Alle diese Untersuchungen sind keineswegs abgeschlossen und sollen nach mancher Richtung hin fortgeführt und ergänzt werden.

In der Diskussion erinnert von Herff an die Muskelerkrankungen bei der Osteomalacie.

Hübscher zeigt an Zitaten aus Glisson (1682), daß schon den ältern Autoren die rachitische Myopathie aufgefallen war. Seiner Ansicht nach läßt sich die Muskelschlaffheit in vielen Fällen rein mechanisch aus dem Mißverhältnis zwischen der Länge der (pathologisch verkürzten) Knochen mit den Muskeln erklären.

Wieland hält den Nachweis der von Bing gefundenen histologischen Veränderungen an möglichst frischen Stadien von Rachitis für unumgänglich notwendig; erst dann sind seine Befunde beweisend. Votant hat übrigens Kernvermehrung auch bei einfach atrophischen Muskeln konstatiert.

Kaufmann nimmt bei der Beurteilung der Bingschen Befunde einen reservierten Standpunkt ein. Das histologische Bild entspricht allerdings keinem anderen Befund.

E. Hagenbach wundert sich darüber, daß, trotzdem die rachitische Myopathie in der Literatur längst bekannt ist, sie doch stets als sekundäres Symptom

beschrieben wird. Gegenüber der Theorie von Hübscher betont er, daß es auch Rachitische in großer Zahl gebe, die normal groß werden; daß sieht man an den hohen Körpergestalten mit gekrümmten Beinen. Ferner wäre hervorzuheben, daß die abnormen Bewegungen auch mit rachitischen Kindern mit geraden Beinen können vorgenommen werden.

Hübscher erwidert, er meine nicht durch Zwergwuchs, sondern durch Verkrümmung entstandene Verkürzung.

Bing entgegnet Wieland, daß er in bezug auf die Wünschbarkeit der Untersuchung möglichst frischer Stadien vollkommen mit ihm übereinstimme, er habe aber einen Fall demonstriert, den man immerhin als ziemlich rezente Rachitis bezeichnen dürfe. Für ebenso wünschenswert halte er übrigens die histopathologische Verfolgung des Heilungs- und Ausgleichsprozesses dieser Muskelstörungen.

Bing betont ferner, daß er niemals daran gedacht habe, die Muskelkernvermehrung an sich gegen die Annahme der Inaktivitätsatrophie ins Feld zu führen (obgleich ja eine derartige diffuse Muskelkernvermehrung mit fehlender interstitieller Kernvermehrung bei Inaktivitätsatrophie tatsächlich nicht vorkomme). Vielmehr stelle die Konstellation der verschiedenen abnormen Einzelheiten (außer der Muskelkernvermehrung die gleichmäßige Verdünnung der Fasern, das Zurücktreten des Sarkolemms, das Fehlen von Fett usw.) das für die rachitische Myopathie Typische dar.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die **Einrichtung von Schulsanatorien** ist von der Stadt geplant. Daselbst sollen im Gegensatz zu den Waldschulen bzw. -Erholungsstätten, welche Kranke nur stundenweise aufnehmen, schwächliche Kinder ständig wohnen. Es sollen zunächst 200 Schüler klassenweise (je 20) unterrichtet werden. Über die Aufnahme entscheidet der Schularzt.

Altenburg. Zu weiterer Ausdehnung der **Krankenpflege auf dem Lande** sind vom hiesigen Agnes-Frauenverein Freistellen im Kinderspital, sowie in den Krankenhäusern zu Schmölln und Roda gestiftet.

Bremen. Bezüglich der **Überbürdung der Schüler** hat der Elternbund für Schulreform an zahlreiche Ärzte eine Rundfrage gerichtet, ob es richtig sei, das schulpflichtige Alter auf ein bestimmtes Lebensalter festzulegen, wie viel Schlaf die Kinder in den verschiedenen Altersstufen benötigen und auf welche Zeit demzufolge der Schulbesuch festzusetzen sei. Andere Fragen beziehen sich auf die Dauer der Schulstunden, Länge der Pausen, Vormittags- und Nachmittagsunterricht, Hausaufgaben, Unterricht im Freien, Mindestmaß der Verteilung der Ferien. Die Antworten sind an Herrn Fr. Steudel, Pastor an St. Reinberti in Bremen erbeten.

Meiningen. Die **Schulärzte** sind angewiesen worden, in jedem Jahre drei bis vier **Vorträge über Gesundheitslehre vor den Eltern der schulpflichtigen Jugend** zu halten.

Dresden. Der dirigierende Arzt des Säuglingsheims in Dresden, Dr med. Bruno Salge, hat einen Ruf als außerordentlicher Professor der Kinderheilkunde an die Universität Göttingen erhalten und angenommen.

Erfurt. Die Stadtverordneten beschlossen für die 10000 Kinder der dortigen Volksschulen eine **städtische Schulzahnklinik** zu errichten.

Leipzig. Mit einer Probevorlesung über das Thema: „Das Herz im Kindesalter und sein Verhalten bei akuten Infektionskrankheiten“ hat sich Dr. med. Martin Hohlfeld, Laboratoriumsassistent und Prosektor bei Prof. Soltmann an der hiesigen Universitätskinderklinik und Poliklinik, habilitiert.

Jena. Prof. Dr. Karl Hirsch in Leipzig ist in das mit der Leitung der medizinischen Poliklinik und einem Lehrauftrag für Kinderheilkunde verbundene Extraordinariat für innere Medizin zum 1. April d. J. hierher berufen worden.

Gestorben: Geheimrat Prof. Dr. Thomas, Direktor der Universitätspoliklinik und des Hildakinderspitals in Freiburg, am 25. v. M., 70 Jahr alt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XII. Jahrgang. Juni 1907. Nr. 6.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Therapeutische Notizen. — V. Monats-Chronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Juni 1907. No. 6.

I. Originalbeiträge.

(Aus dem ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien.)

Hydrozephalus und Spina bifida (Myelozystokele) bei hereditärer Lues.

Von

C. Hochsinger in Wien.

Bekannt ist die innige Beziehung zwischen angeborener Syphilis und Wasserkopf.

Ich selbst habe in einer ausführlichen Publikation auf die große Häufigkeit der syphilitischen Genese der kindlichen Hydrozephalie aufmerksam gemacht und betont, daß zur Klarstellung der Beziehung zwischen beiden Leiden nicht erst die Annahme einer paraheredosyphilitischen Grundlage der Hydrozephalie nötig ist, daß vielmehr eine echte syphilitische Meningitis die Ursache des Wasserkopfes sein kann und in der Regel auch ist.

Ausnehmen könnte man von dieser Regel nur jene Fälle, bei denen Mißbildungen des Zentralnervensystems anderweitiger Art vorliegen, die dann mit Recht im Sinne A. Fourniers als paraheredosyphilitische Dystrophien aufgefaßt werden müssen.

Zu den Mißbildungen, deren event. paraheredosyphilitische Genese A. Fournier besonders betont, zählt auch die Spina bifida, obwohl meines Wissens in der Literatur kein sicherer Fall beschrieben ist, bei welchem manifeste Erscheinungen der Erbsyphilis mit Spina bifida vereint beobachtet wurden.

Der hier abgebildete Fall, welchen ich in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 12. Oktober 1906 demonstrierte, ist um so bemerkenswerter, weil sich hier bei einem 9 Monate alten, notorisch erbsyphilitischen Kinde ein rezenter enormer Wasserkopf nebst Spina bifida und exanthematischen Ausbrüchen des Lues gleichzeitig vorfindet.

Das Kind ist das zweite Kind einer Ehe, die Mutter berichtet, Syphilis gehabt zu haben, über den Vater konnte nichts Positives eruiert werden. Das erste Kind kam als tote Frühgeburt zur Welt. Dieses Kind wurde mit normal großem Kopfe geboren und zeigte gleich nach der Geburt Coryza mit blutig eitriger Sekretion, welche 6 Wochen lang dauerte. In der Kreuzbeingegend befand sich eine faustgroße Geschwulst, welche in der dritten Lebenswoche spontan aufbrach, bis zum Ende des dritten Lebensmonates wäßriges Fluidum absonderte und sich

dann wieder spontan verschloß. Die Umfangzunahme des Kopfes datiert die Mutter seit dem Verschlusse der Geschwulst, also vom vierten Lebensmonate, doch ist erst in den letzten 2 Monaten der Kopf rapid gewachsen. Der horizontale Kopfumfang beträgt gegenwärtig 67 cm, die Distanz von der Nasenwurzel bis zum Tuber occipitale, über der Scheitelhöhe gemessen, 52 cm. Der Schädel besitzt zum größten Teil nur häutige Bedeckung, bloß das Stirnbein ist vollkommen erhalten und in der Mitte nicht gespalten, was für erworbenen und gegen angeborenen Hydrozephalus spricht. Die Stirnnaht klafft also nicht. Hingegen fehlt jegliche knöcherne Bedeckung der Augenhöhlen, so daß herniöse Ausstülpungen des Schädelinhaltes oberhalb der Augenbrauenbögen bestehen. Das subkutane Venennetz am Kopfe ist sehr ausgedehnt.

In der Lumbosakralgegend besteht ein flacher, mit breitem Stiele aufsitzender, pilzförmiger, rundlicher Tumor von 5 cm Durchmesser, welcher sich derb anfühlt und auf einem gespaltenen Wirbelkanal aufsitzt. Die Oberfläche der Geschwulst zeigt in der Mitte eine trichterförmige Einsenkung, von welcher strahlige Narben nach allen Richtungen hin ausgehen.

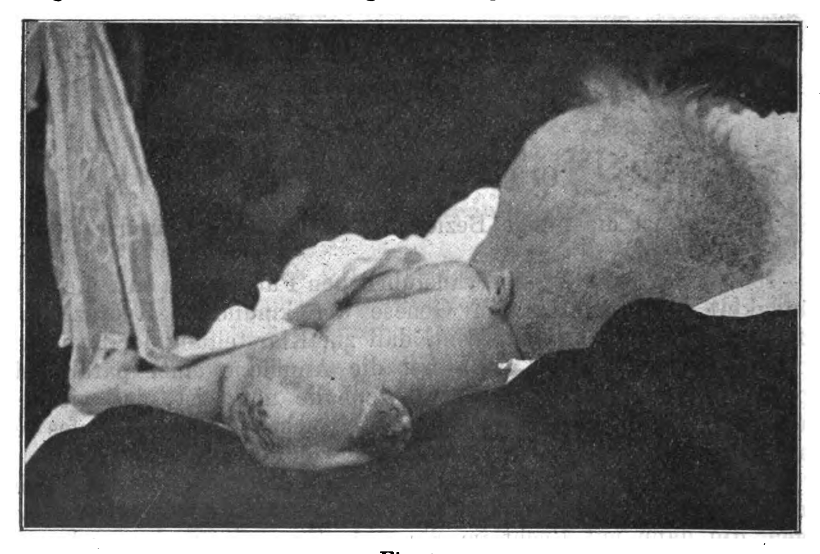


Fig. 1.

An den großen Labien, circa anum und an der inneren und hinteren Fläche der Oberschenkel, befinden sich wuchernde syphilitische Kondylome, welche seit ungefähr 3 Monaten bestehen und seit 14 Tagen behandelt werden. An der Stirnhaargrenze und der behaarten Kopfhaut finden sich gleichfalls zahlreiche syphilitische Papeln.

Das Kind zeigt gleichzeitig Kontraktur- und Lähmungssymptome: Flexions- und Adduktionshypertonie der Extremitätenmuskeln mit Hakenfußstellung und Parese des Beckenbodens mit trichterförmiger Evertierung des Anus. Die Kontrakturen sind dem Hydrozephalus, die Lähmungen der Spina bifida zur Last zu legen.

In dem mitgeteilten Falle sind, wie die beigegebenen Abbildungen zeigen, alle drei Affektionen: der Hydrozephalus, die Myelozystokele und die kondylomatöse Lues, außerordentlich klar entwickelt. In Fig. 1 sind der Hydrozephalus und der von der Myelozystokele herrührende Tumor und ein Teil der Kondylome ad nates zu sehen, auch das Exanthem am Kopfe ist teilweise zu erkennen. Fig. 2 zeigt die Ausbreitung der syphilitischen Papeln und die trichterförmige Eversion des Beckenbodens mit der klaffenden Afteröffnung, nebst dem Wasserkopf.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Hydrozephalus und Spina bifida in einem gewissen Kausalnexus zueinander stehen, insofern als diese beiden Anomalien häufig vereint vorkommen und insbesondere nach spontaner oder operativer Heilung der Myelozystokele Hydrozephalus nicht selten auftritt.

Es wäre also, wie Zappert im Anschluß an die Demonstration dieses Falles in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte in Wien hervorhob, die Möglichkeit gegeben, daß es sich um eine zufällige Mißbildung bei einem erbsyphilitischen Kinde in Form der Myelozystokele handelt, welche von Hydrozephalus gefolgt war, ohne mit der Lues selbst im Zusammenhange zu stehen.



Fig. 2.

Diese Annahme hat nur wenig Wahrscheinlichkeit für sich, weil das Vorkommen schwerer Mißbildungen an sich bei erbsyphilitischen Individuen den Zusammenhang der angeborenen Infektion mit der Mißbildung, zumindest im Sinne einer paraheredosyphilitischen Dystrophie, nahe legt.

Die Erbsyphilis führt zwar, wie ich selbst an anderen Orten ausgeführt habe, viel häufiger zu kleineren Wasserköpfen, zu „Hydrozephalien en miniature" doch habe ich selbst schon bei notorisch luetischen Kindern enorme Ballonköpfe beobachtet. Für den Zusammenhang zwischen der Lues und dem Wasserkopfe spricht im vorliegenden Falle auch der Umstand, daß das Kind mit normal großem Kopf zur Welt gekommen ist, daß sich erst im vierten Monate der Wasserkopf entwickelte, gleichzeitig mit dem Auftreten der kondylomatösen Syphilisrezidive. Dabei konnte die Verheilung der Zystokele wohl ein förderndes Moment für die enorme Ausdehnung der Hydrozephalie abgegeben haben.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Emil Großmann, Eine seltene Form der Spina bifida cystica (Myelomeningocele sacralis anterior). (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Die Fälle sind im ganzen selten, und während es nach den aus der Literatur angeführten 8 Fällen fast als selbstverständlich erscheint, daß eine durch einen Spalt auf der Vorderseite der Wirbelsäule austretende Zyste der Rückenmarkshäute in die

Beckenhöhle hineinwachsen muß, ist der angeführte Fall deshalb interessant, weil der Tumor — eine Myelomeningocele sacralis anterior — sich nicht in das Becken hinein entfaltet hatte. Die Geschwulst kam vielmehr unter den Weichteilen der rechten Glutaealgegend zum Vorschein und konnte von hier aus entfernt werden.

Hecker.

O. Reinach, Beiträge zur Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär luetischer Säuglinge. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 45. Heft 1. u. 2.) Bericht über 7 Fälle, bei denen speziell Knochenveränderungen in Kombination mit Bewegungsstörungen klinisch ins Auge fielen. Bei 6 derselben handelte es sich vorwiegend um Anschwellungen der proximalen Vorderarm- und zum Teil auch distalen Humerusenden — „Parrotsche Paralyse" —, beim 7. um diffuse Verdickung beider Unterschenkel. Die Anamnese lautete ziemlich übereinstimmend dahin, daß die Kinder seit kürzerer oder längerer Zeit „die Arme und zum Teil auch die Beine nicht mehr von selbst bewegen und daß bei Berührung dieser Teile deutliche Schmerzensäußerungen auftreten". Neben diesen Knochenaffektionen zeigten sich weitere Symptome der Lues hereditaria — Coryza, Rhagaden, Exanthem, Milztumor. Die Kinder wurden in Intervallen radioskopisch untersucht, und es konnten aus dem Auftreten von Schatten oder von Aufhellung an Stellen, wo dieselben normalerweise vermißt werden, entsprechende Schlüsse auf Konfigurationsveränderungen, Änderungen der Dichtigkeit, der Begrenzung, gezogen werden. Es fanden sich nun sinnfällige pathologische Vorgänge, sowohl an den epiphysären Verkalkungszonen, wie an der Corticalis, dem Periost und der Spongiosa, und zwar u. a.:

Verbreiterung und unregelmäßige Konturierung der proximalen und distalen Ossifikationslinien; osteonchondritische Veränderungen: Erweichungs- und Einschmelzungszonen, Granulationsbildungen, dokumentiert vorwiegend durch mehr oder minder starke Aufhellung der Knochenenden, Verschwinden der Schattenlinien der proviosrischen Verkalkungszone. Periostale Kalkwucherung an der Epiphysengegend; Veränderungen in der Spongiosa, kenntlich durch Verschwommensein der strichförmigen Bälkchenzeichnung, größere Aufhellungszonen, wahrscheinlich Granulationsbildung oder schon regressiven Veränderungen entsprechend.

Epiphysenlösung konnte mit ziemlicher Sicherheit in einem Falle erschlossen werden durch Einschmelzungsvorgänge an der bewußten Verkalkungslinie oder durch Kalkspangen, welche epiphysenwärts von dieser Linie im Granulationsgewebe liegen. In 2 Fällen fand R. eine Vergesellschaftung von Lues und Rachitis. Die epiphysäre Verkalkungslinie ist stark verschmälert, ganz dünn und rarefiziert. Die Spongiosa zeigt gleichmäßige Verschmälerung der Bälkchen mit Verbreiterung der lichten Zwischenzone. Nach den Gelenkenden zu sieht man die Spongiosabälkchen nicht mehr longitudinal, sondern in Torsionsstellung zum Teil schräg verlaufend, wie man sie sonst an rachitischen Femora besonders typisch ausgeprägt findet. Die radioskopische Differentialdiagnose bei dieser gar nicht seltenen Kombination ist nicht ganz leicht. Im allgemeinen kann man sagen, daß

rachitische Auftreibungen meist symmetrisch auftreten und selten in der frühen Zeit der Hereditär-luetischen radioskopisch sichtbare Zeichen dokumentieren. Bei Rachitis ist die epiphysäre Linie verschmälert und stark porös, die Osteophyten zeigen meist lichtere Schattenbilder.

Die klinisch bei 6 Fällen deutlich vorhandene starke Schwellung der Ellbogengegend läßt sich nur bei einzelnen Kindern mit den Veränderungen am Knochen allein erklären. Zweifellos war bei 3 Kindern, wo sich teigige Schwellung palpatorisch feststellen ließ, auch der entzündliche Prozeß von Knochen und Periost auf die Weichteile übergegangen. Hecker.

F. Siegert, Die Fermenttherapie der Ernährungsstörungen des Säuglings. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Januar 1907); **A. Czerny,** Die Fermenttherapie nach Siegert. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Februar 1907.) S. empfiehlt von neuem seine Fermenttherapie und glaubt, daß die Arbeiten der Breslauer Schule besonders wirksame Stützen der Berechtigung dieser Therapie bilden. Er geht speziell auf die Arbeit Philips ein und schließt: „Es ist in der Breslauer Kinderklinik durch poliklinische und klinische Beobachtungen, wie durch den Stoffwechselversuch die Leistungsfähigkeit der Fermenttherapie, die ich empfohlen habe, derart bewiesen worden, daß kein Kinderarzt auf dieselbe bei der Therapie der Ernährungsstörungen des Säuglings verzichten kann.“

Energisch wendet sich C. gegen diese Ansichten. Gerade die klinischen Beobachtungen von Philips bestätigen die schon früher gemachten Erfahrungen, daß die Fermenttherapie keinen sichtbaren Erfolg hat, und seine Stoffwechseluntersuchungen ergaben, daß sich kein Einfluß auf die Resorption und Retention der wichtigsten Nahrungsbestandteile feststellen läßt. Siegert liest aus der Arbeit das Gegenteil von dem heraus, was tatsächlich darin enthalten ist, und sucht den Bericht für seine Hypothesen auszunutzen. Obwohl C. auch „Kinderarzt“ ist, wird er doch nach wie vor auf die Fermenttherapie verzichten. Grätzer.

A. Baginsky, Über Meningitis cerebrospinalis pseudoepidemica. (Aus dem städt. Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 14.) B. teilt einige Fälle mit, welche so außerordentlich in den ersten bedeutsamen klinischen Erscheinungen die epidemische Cerebrospinalmeningitis gleichsam imitierten, daß lediglich der weitere Verlauf, der rasche günstige Ausgang und endlich die bakteriologische Untersuchung der Fälle vor diagnostischen Irrtümern zu schützen vermochte.

So setzte bei einem 7jährigen Kinde die Erkrankung geradezu wuchtig mit Kopfschmerz und Erbrechen ein, darauf weiterhin mit allen Allüren einer Meningitis cerebrospinalis. Nackenstarre, Kernigsches Symptom, Steigerung der Reflexerregbarkeit, eine gewisse Eingenommenheit des Sensoriums, Prostration, sogar Herpes facialis waren vorhanden, die trüb aussehende, bei der Lumbalpunktion gewonnene Flüssigkeit enthielt reichlich Leukozyten. Aber bald fiel die Temperatur kritisch ab und damit leitete sich Besserung ein. Im

direkten Präparat nichts von Meningokokken, die Kultur blieb ganz steril, so daß nicht festzustellen war, welcher Art die Infektionserreger waren. Keinesfalls handelte es sich um die epidemische Cerebrospinalmeningitis.

Ähnlich der Verlauf in einem zweiten Falle, wo ebenfalls die Kultur aus der Lumbalflüssigkeit steril blieb.

In einem dritten Falle gelang es, einen der Meningokokken ähnlichen Mikroben aus der Lumbalflüssigkeit zu züchten, der sich jedoch bei genauerem Studium als mit dem Meningococcus intracellularis nicht identisch erweisen ließ.

In einem vierten Falle, wo ebenfalls das charakteristische Bild der Cerebrospinalmeningitis epidemica klinisch sich geltend machte, ließ sich lediglich der Staphylococcus als pathogener Mikrob konstatieren.

Diese Fälle zeigen, daß zu einer Zeit, wo an vielen Orten epidemische Fälle auftreten, ebensolche Fälle vorkommen, die bei aller Ähnlichkeit mit diesen doch andere, nicht spezifische Krankheitserreger zur Ursache haben.

Therapeutisch schien Jodkalium neben reichlichen Einreibungen mit grauer Salbe und abwechselnd mit heißen Bädern (36—37° C.) unter gleichzeitiger Kühlung des Kopfes den Kindern wohl zu tun.

B. schildert dann noch einen Fall, der in vivo exquisit das Bild der epidemischen Meningitisform darbot, rasch verstarb und noch post mortem gelegentlich der bakteriologischen Durchforschung die Schwierigkeit enthüllte, über den eigentlichen Krankheitserreger zur Klarheit zu kommen. In der Kultur wurden gefunden Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken und der beim Mäuseversuch unheimlich dem Meningococcus gleichende Mikrococcus flavus, der sich aber in seinem sonstigen Verhalten von dem Meningococcus unterschied; dazu klinisch die charakteristischen Erscheinungen der cerebrospinalen Meningitis, und doch eine andere Affektion! Grätzer.

L. Langstein, Über die Bedeutung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers im Harn der Kinder. (Berliner klin. Wochenschr. 1907. Nr. 4.) Aus seinen Untersuchungen und Erfahrungen zieht L. folgende Schlüsse:

1. Es gibt keine orthotische Albuminurie, in der nicht der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper ausgeschieden wird. Er ist konstant in jeder eiweißhaltigen Urinprobe vorhanden.

2. Fälle, in denen nur der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper ausgeschieden wird, charakterisieren sich von vornherein als different von Fällen chronischer Nephritis.

3. Bei der chronischen Nephritis der Kinder ist der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper entweder nicht oder in geringerer Menge als anderes Eiweiß vorhanden. Grätzer.

L. Huismans, Ein Fall von Tay-Sachsscher familiärer amaurotischer Idiotie. (Aus dem St. Vincenzhause in Köln.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) H. beobachtete echte Tay-Sachssche Idiotie bei einem 3jährigen Kinde christlicher Eltern. Keine hereditäre Belastung. Das Kind entwickelte sich geistig

zunächst in normaler Weise; erst nach Ablauf etwa eines halben Jahres erfolgte ein Stillstand und später ein Rückschritt. Die Parese war eine spastische mit bedeutend gesteigerter allgemeiner Reflexerregbarkeit. Am Auge sehr ausgeprägte Atrophia opticorum, an den Maculae bisher nichts zu finden; dagegen Nystagmus und Strabismus vorhanden. Hyperacusis fehlte, eher bestand Herabsetzung des Hörvermögens. Das von Falkenheim beobachtete grundlose Auflachen fehlte, wohl aber bestand starkes Grimmassieren. In bezug auf Entwicklungshemmung war nur die geringe Körpergröße (75 cm) bemerkenswert; am Schädel und in bezug auf die Zahnentwicklung bestanden Anomalien, die aber durch eine mäßige Rachitis hervorgerufen waren, auf die auch andere Anzeichen hinwiesen. Grätzer.

J. Kumaris, Stichverletzung der Bauchwand mit Darmprolaps. (Aus der chirurg.-gynäkol. Klinik „Der Heiland“ in Athen.) (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 16.)

9jähr. Knabe wird von einem Spielkameraden durch ein kleines spitzes Messer am Bauch, etwas unterhalb des Nabels verwundet. Der Darm kommt zum Vorschein. Das Kind wird im offenen Wagen nach Athen gebracht und trifft 4 Stunden nach dem Unglücksfall in der Klinik ein.

Beschleunigter, kleiner Puls, subnormale Temperatur. Ganze äußere Bauchwand mit Dünndarmschlingen bedeckt (mehr als $2^1/_2$ m); diese blauschwarz, leicht aufgebläht, beschmutzt (nur mit einer sehr dünnen Schicht Baumwolle und von dem Leinenkittel bedeckt, und zwar so, daß nach Entfernung des Kleidungsstückes ein großer Teil der Därme offen dalag). Keine Spur von Darmverletzung.

Unter leichter Chloroformnarkose gründliche Abspülung des vorgetretenen Darmes mit warmem, sterilem Wasser, Erweiterung der Stichöffnung, Reposition der Därme, Naht von $^4/_5$ der Wunde, Gazestreifen am unteren Wundwinkel. Keine Spülung der Bauchhöhle.

Sehr günstiger Verlauf. Keine Störung des Allgemeinbefindens, keine Temperatursteigerung. Am 12. Tag konnte das Kind geheilt die Klinik verlassen.

Sehr bemerkenswert war die Tatsache, daß das spitze Messer keine Organverletzung hervorgerufen hatte. Noch bemerkenswerter die auffallend minimale Reaktion des Bauchfells, das 4 Stunden lang der Luft und dem Straßenstaub ausgesetzt gewesen war.

K. gebrauchte kein Antiseptikum zur Abspülung, da event. übriggebliebene Keime von der nicht gereizten Serosa schnell resorbiert werden; es ist außer Zweifel, daß sie eine gewisse Menge von Infektionserregern vertragen kann, sofern Schädigungen vermieden werden.

Grätzer.

M. Sinzig (Saarlouis), Ein Fall plötzlicher Heilung von akuter Nephritis nach Urämie. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 1.) Das 12jährige Kind hatte eine akute hämorrhagische Nephritis nach Scharlach, die mit dem plötzlichen Verschwinden der auftretenden schweren urämischen Krämpfe gleichzeitig ihr Ende erreichte. Zur Bekämpfung der Krämpfe hatte S. Kampferöl und 0,3% Koffeïn. natr.-benz.-Lösung 2—3 stündlich eingespritzt: beim ersten urämischen Anfalle eine Infusion von 300 g physiol. Kochsalzlösung gemacht, die er nach 6 Stunden wiederholte, nach weiteren 3 Stunden abermals Kochsalzlösung (400 g) infundiert, woran er eine Kampfer- und Morphiumeinspritzung (0,0012 g) anschloß; außerdem Eisblase und mehrere hochgehende Einläufe von warmem Wasser. Unter dieser Therapie promptes Nachlassen der Krämpfe und dann Verschwinden der Nephritis selbst.

Grätzer.

Otto Ranke, Über Gewebsveränderungen im Gehirn luetischer Neugeborener. (Neurol. Centralbl. 1907. Nr. 3 u. 4.) Verf. beschreibt des genaueren die in ihrer Gesamtheit recht charakteristischen Veränderungen, welche sich im Zentralnervensystem luetischer Neugeborener erkennen lassen und welche größtenteils auf die direkte Anwesenheit der Schaudinn'schen Spirochaete pallida zurückgeführt werden können. Näheres ist im Original nachzulesen.

Kurt Mendel (Berlin).

Lothar Dreyer, Über Skelettveränderungen und Frühkontrakturen bei Dystrophia musculorum progressiva. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXI. Heft 1 u. 2.) Verf. berichtet über zwei an Dystrophia muscularis leidende Brüder, welche zudem eine hochgradige Atrophie am Skelettsystem sowie starke und frühzeitige Kontrakturen in den Fußgelenken (Fall I) darboten. Verf. bringt diese Erscheinungen bei der Dystrophie mit einer trophischen Störung in Zusammenhang.

Kurt Mendel (Berlin).

Kurt Hildebrandt, Zur Kenntnis der gliomatösen Neubildungen des Gehirns mit besonderer Berücksichtigung der ependymären Gliome. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 2.) Es werden 3 Fälle ohne Krankengeschichten — diese finden sich in der Dissertation desselben Autors (Berlin 1906) — mitgeteilt. I. Diffuses ependymäres Gliosarkom sämtlicher Hirnventrikel bei einem 16 jähr. Mädchen, das in der Medulla oblongata sich als harter infiltrierender Tumor darstellte, dagegen das Ependym der Hirnventrikel in ein weiches Gliosarkom verwandelt hat. Der Fall ist dadurch interessant, daß das ependymäre Gliosarkomgewebe in ein charakteristisches Spindelzellengliom der Medulla oblongata überging, wodurch die gliomatöse Natur des Neoplasmas trotz der uncharakteristischen Zellen bewiesen wird. II. Diffuses Gliom (gliomatöse Hypertrophie) der rechten Großhirnhemisphäre bei einer 46 jähr. Frau. Es wird nicht eigentliche, von umschriebener Stelle ausgehende Tumorbildung, sondern gliomatöse Entartung angenommen. III. Spindelzellengliom des Kleinhirns mit bindegewebiger Umhüllung bei einem 11 jähr. Mädchen. Die Tumorzellen sind auffallend lang, faserförmig.

Bennecke (Jena).

G. W. Schorr, Über die angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches bei Kindern und ihre Entstehung. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 39. Heft 1.) S. hatte Gelegenheit zwei Geschwülste mikroskopisch zu untersuchen, die von Neugeborenen stammten und als gestielte Anhänge vom Zahnfleisch ausgehend zum Munde herausragten, wodurch das Säugen behindert war. S. rechnet diese angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches zu den Mißbildungen und glaubt aus dem mikroskopischen Bilde solcher Geschwulstarten in manchen Fällen voraussagen zu können, was für weitere Veränderungen und Defekte die Tumorentfernung nach sich ziehen kann.

Bennecke (Jena).

Buday, Zur Pathogenese der gangränösen Mund- und Rachenentzündungen. (Beitr. zur path. Anat. u. allgem. Path. von Ziegler. Bd. 38. Heft 2.) B. untersuchte 2 Fälle von Noma,

2 von gangränöser Rachenentzündung und 1 von gangränöser Mundhöhlenentzündung, die Kinder zwischen 7 und 14 Jahren betrafen und zwar vorwiegend von bakteriologischen Gesichtspunkten aus. Histologisch und bakteriologisch handelt es sich in allen Fällen um dieselbe Krankheit, die nur graduelle Unterschiede aufweist. In allen Fällen fand B. die schon so oft beschriebenen Spirillen, fusiformen Bazillen, leptotrixartige Fäden und die verschiendensten Bazillen und Kokken. Den histologischen Bildern nach bereitet das Spirillum, für das B. eine besondere Färbung im Gewebe angibt, den Boden für das Eindringen der fusiformen Bazillen vor, denn es wird in noch normalem Gewebe getroffen, wo andere Mikroorganismen vollkommen fehlen. Wenn der Boden vorbereitet ist, wächst der fusiforme Bazillus in dichten Zügen nach, wobei anscheinend das Spirillum meist abstirbt und die Nekrose des Gewebes beginnt. Unter der Einwirkung anderer Bazillen tritt der gangränöse Zerfall des Gewebes ein. Auf Grund seiner Untersuchungen tritt B. der Ansicht der Autoren bei, die das Eindringen der Mikroorganismen für das Primäre, die Gewebsnekrose für das Sekundäre halten. Diphtheriebazillen und ihre Toxine kommen bei der in Rede stehenden Krankheit nicht in Betracht, wie von einigen Autoren angegeben wird. — Erwähnt sei, daß B. die fusiformen Bazillen Gram-beständig fand und daß er keinen Zusammenhang zwischen diesen Bazillen und den meist vorhandenen Leptotrixfäden annimmt. Bennecke (Jena).

H. Neumann, Über unreine Herztöne im Kindesalter. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.) Die Schallerscheinung, über welche N. höchst interessante Mitteilungen macht, besteht in einer Verdoppelung oder Unreinheit der Töne. Sie findet sich fast immer an der Spitze am stärksten oder ausschließlich. Es handelt sich um einen mehr oder weniger unreinen Ton, dessen Unreinheit bis zu einem schabenden Geräusch anwachsen kann, oder um einen gespaltenen 1. Ton (◡◡—), bei dem übrigens gelegentlich der erste Teil wieder unrein und geräuschähnlich ist. Wenn an der Spitze ein systolisches Geräusch ist, so löst es sich nach der Basis zu in eine Spaltung des Tones auf, wenn die Töne an der Basis überhaupt nicht rein sind.

N. fand diese Erscheinungen in den letzten 10 Jahren 180 mal, und zwar in den ersten 5 Lebensjahren 71 mal (= 39,4 %) aller Fälle), im 6.—10. Lebensjahr 89 mal (= 49,4 %) und im 11.—14. Jahre 20 mal (= 11,1 %). Die Erscheinungen sind durchaus nicht flüchtiger Natur. Sie setzen plötzlich ein und bleiben in der Regel dann dauernd nachweisbar. Es handelt sich um ein funktionelles Vorkommen von großer Beständigkeit, aber doch nicht von vollkommener Beharrlichkeit. Vielmehr ist bei dem akuten Beginn häufig zunächst ein mehr oder weniger lautes Geräusch zu hören, welches sich im Laufe der Zeit in einen gespaltenen Ton auflöst. Andererseits geht der gespaltene Ton oft bei lebhafter Herztätigkeit wieder in ein Geräusch über. Eine Akzentuierung des 2. Tones über der Pulmonalis oder eine Verbreiterung der Herzgrenzen ist in der Regel nicht festzustellen. Nicht ganz selten findet sich neben dem unreinen Ton eine Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit.

Was die Entstehung dieser Abnormität anbelangt, so kann man natürlich ihren Eintritt nur in den Fällen beobachten, in denen man das Herz schon vorher dauernd zu überwachen Gelegenheit hatte. Als Gelegenheitsursache kann man da am häufigsten katarrhalische Erkrankungen der Luftwege entdecken; es kann sich dabei um typische Influenza oder um infektiöse Katarrhe aus anderer Ursache handeln, wobei ein Schnupfen, eine lakunäre oder einfache katarrhalische Halsentzündung, eine Bronchitis oder Lungenentzündung in den Vordergrund treten können. Aber die Abnormität kann auch nach anderen Infektionen, welche das Herz beteiligen, zurückbleiben; nach Scharlach, Diphtherie, Rheumatismus. Selten sind andere primäre Krankheiten; z. B. wurde bei einem 7—8 jähr. Mädchen nach einer Perityphlitis ein systolisches, leises Geräusch an der Spitze entdeckt, das an der Basis durch einen gespaltenen 1. Ton ersetzt war; Grenzen normal; zu 14 Jahren Befund nur noch schwach, zu 16 Jahren Töne an der Spitze rein und nur an der Basis der 1. Ton gespalten. Nach seinen Erfahrungen muß N. auch eine familiäre Disposition annehmen; Geschwister waren häufig ebenso erkrankt, ebenso die Eltern.

Für die Prognose ist zu betonen, daß die Kinder keine Zeichen von Herzinsuffizienz darbieten. Die Unreinheit der Töne kann zwar während fieberhafter Erkrankungen verschwinden, aber andererseits kann auch besonders während rezidivierender Katarrhe die Arhythmie so erheblich werden, daß man besorgt wird. Während der Verschlimmerung des Zustandes können Ruhe und kohlensaure Bäder zweckmäßig sein. Andererseits muß zugegeben werden, daß mit verschwindenden Ausnahmen während des ganzen Kindesalters keine Zeichen von Herzschwäche auftreten. Der Befund bleibt in der Regel während der ganzen Kindheit unverändert. Auch viele Erwachsene können sich mit diesem Befunde viele Jahre lang wohl fühlen, andererseits treten doch hier gelegentlich Störungen auf (Zyanose, Kurzatmigkeit u. dgl.), und es ist wohl kein Zweifel, daß schließlich die Lebensdauer verkürzt werden kann, daß das Herz nicht intakt ist und daher auf die Dauer weniger Widerstandsfähigkeit zeigt.

Was endlich die anatomische Erklärung anbelangt, so dürfte schon im Hinblick auf das nicht seltene Vorkommen von Herzarhythmie eine Beteiligung des Nervenmuskelapparates in Betracht kommen. Bei dieser Annahme schließen sich diese Störungen ungezwungen an die schwereren interstitiell-parenchymatöser Art an, wie wir sie z. B. nach Scharlach, Diphtherie, Rheumatismus nicht selten sehen. Wenn man alles dies zusammenhält, so ergibt sich, daß nach infektiösen Erkrankungen, besonders nach Infektionen an den Luftwegen, eine Beteiligung des Herzens verhältnismäßig häufig ist und daher regelmäßige Überwachung des Herzens nottut.

Grätzer.

P. Bull, Meningocele vertebrale mit Teratoma kombiniert. (Aus der chirurg. Universitätsklinik B zu Christiania.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.) B. hatte Gelegenheit ein neugeborenes Kind mit Meningocele und Teratom am Rücken zu operieren. Der Fall war höchst interessant wegen der seltenen Struktur des Teratoms; die Details darüber müssen im Original nachgelesen werden.

Klinisch war bemerkenswert, daß das Kind trotz der 3 cm langen, stark ausgeprägten Hydromyelie seine Beine normal bewegen konnte, und zwar wird man wohl sicher annehmen können, daß die Hydromyelie angeboren und nicht in den letzten 8 Tagen erworben war. Der innige Zusammenhang des Teratoms mit den Rückenmarkshäuten zeigt, daß es sich im Anfange dicht am Medullarrohre entwickelt hat; dieses hat sich jedoch völlig geschlossen. Das Teratom hat dagegen durch sein weiteres Wachstum die Vereinigung der mesodermalen Bildungen der beiden Seiten verhindert, wodurch die Meningocele und die Spina bifida entstanden sind. Weiter darf man vielleicht annehmen, daß das Teratom durch den Zug, den es am Rückenmark wahrscheinlich geübt habe, auch die Ursache der lokalen Hydromyelie geworden sei. So findet B., daß es am richtigsten ist, das Teratom als das Primäre, die Spina bifida, die Meningocele und die Hydromyelie für etwas Sekundäres anzusehen. Grätzer.

C. T. Noeggerath, Bacillus coli immobilis capsulatus (Wilde) bei einem Falle von eitriger Meningitis cerebrospinalis. (Aus der Kinderklinik der kgl. Charité in Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 13.) Der Fall betraf einen 16 Tage alten Säugling und ist der erste Fall von Meningitis cerebrospinalis, bei dem Bac. coli immob. caps. nachgewiesen werden konnte. Was seine Symptomatologie anbelangt, so bot er nichts Charakteristisches. Bemerkenswert war dagegen, daß das Kind diese schwere Erkrankung viele Wochen aushielt und dabei lange Zeit hindurch keine wesentliche Beeinträchtigung seines Allgemeinbefindens zeigte. Grätzer.

Richard Blumm (Bayreuth), Intrauteriner Kindesschrei. (Centralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 9.) Bei der Extraktion eines in Steißlage befindlichen Kindes bei einer 28jähr. II para etwa 20 Stunden nach Abgang des Fruchtwassers beobachtete B. die bekannte Erscheinung des sog. Vagitus uterinus in der Form eines ca. 5—6 mal wiederholten deutlichen Kindesschreis „im Innern des mütterlichen Leibes“, den sämtliche 4 Anwesende hören konnten, und erklärt das Zustandekommen dieser Erscheinung, die B. selbst mehrfach beobachten konnte, ganz richtig durch Eindringen von Luft in den erschlafften Uterus. Wegscheider.

J. Stock (Skalsko), Ein Fall von Vagitus uterinus. (Ref. im Centralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 11.) Bei einem Fall von Querlage mit Vorfall der rechten Hand hörte Verf. in dem Moment, in dem er den Fuß herabholen wollte, ganz deutlich einen kurzen Schrei im Innern der Gebärmutter. Das leicht gewendete, schwer extrahierte Kind war asphyktisch, erst nach ca. 10 Minuten wiederbelebt.

Die Ursache für jeden Vagitus uterinus ist nach St.s Ansicht eine plazentare Kreislaufstörung. Wegscheider.

Gotthard Schubert, Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatineinjektionen. (Centralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 7.) Im Anschluß an 2 in der Breslauer Frauenklinik genau beobachtete typische Fälle von Melaena neonatorum, deren Heilung durch wiederholte subkutane Injektionen von 10—20 ccm einer 2 % igen

Gelatinelösung gelang, wird die Anwendung dieses Mittels empfohlen und die Ätiologie der Erkrankung kurz erwähnt. Wo die innere Darreichung der Gelatinemixtur infolge Erbrechens sich verbietet und die Ätiologie keine Fingerzeige für die Therapie gibt, bleibt nur die subkutane Anwendung übrig. Wegscheider.

M. Bernhardt, Klinische Beobachtung eines Falles von Spina bifida lumbosacralis (Myelozystocele). (Deutsche Ärzte-Ztg. 1907. Nr. 4.)

5jähr. Knabe trägt an der oberen Partie seines Kreuzbeins und in der Gegend des untersten Lumbalwirbels eine kleinapfelgroße, kugelige, von narbiger Haut bedeckte Geschwulst, die haarlos ist. Das intelligente Kind zeigt in bezug auf die Funktion seiner Hirnnerven und Sinne, sowie in bezug auf die Sensibilität und Motilität seiner oberen Extremitäten durchaus normale Verhältnisse. Dagegen besteht vollkommener Verlust der Sensibilität am Damm, der Afterkarbe, am Anus, dem Penis, an der Vorder- und Hinterfläche beider Oberschenkel, beider Unterschenkel und Füße. Die absolute Anästhesie reicht bis zu einer halbhandbreit oberhalb der Regio pubis beginnenden Partie. Urin und Stuhl kann das Kind nicht halten. Der rechte Fuß in Pes varoequinus-, der linke in Valgusstellung. Auf beiden Seiten 2. und 3. Zehe schwimmhautartig zusammengewachsen. Aktive oder reflektorische Bewegungen können an den Füßen und Zehen nicht ausgeführt werden; dagegen sieht man andauernde unwillkürliche Beugungen der Zehen beiderseits d. h. leichte Beugungen und Streckungen. Gegenüber der absoluten aktiven Unbeweglichkeit der Füße und Zehen kommen Bewegungen im Hüftgelenk und Streckungen des Unterschenkels im Kniegelenk beiderseits wohl zustande; auch können die Unterschenkel nach hinten zu den Oberschenkeln etwas gebeugt werden (rechts besser als links). Die Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits, aber die elektrische Erregbarkeit sowohl der Strecker wie der Beuger an den Oberschenkeln (quadriceps cruris und der Beuger des Unterschenkels an der Hinterseite der Oberschenkel) ist erhalten. Auch die von den Nn. tibiales innervierten Muskeln reagieren auf stärkere faradische Ströme. Was die faradische Erregbarkeit der Nn. peronei betrifft, so ist diese links etwas größer als rechts. Man kann von einem etwas unterhalb der Mitte der Tibia und nach außen von der äußeren Kante dieses Knochens gelegenen Punkt durch faradische Ströme im M. extensor hallucis und vielleicht auch im M. tibialis anticus schwache Kontraktionen auslösen.

B. macht zu dem Falle folgende epikritische Bemerkungen:

In diesem Falle von Spina bifida (Myelozystocele) erscheint mir zunächst die Tatsache bemerkenswert, daß die Störungen der Sensibilität gegenüber denen der Motilität eine so bedeutende Ausdehnung haben. Das Fehlen der Reflexe von der Haut und den Sehnen aus und die absolute Anästhesie der Haut der unteren Extremitäten, der Penis-, Damm- und Aftergegend bis zum Mons pubis hin, sowie die Paralyse der Blase und des Mastdarms sprechen dafür, daß die hinteren Wurzeln der Sakral- und der Lendennerven bis zum I. N. lumbalis und vielleicht XII. N. dorsalis hin durch abnormen Verlauf oder besondere Dehnung und Zerrung schwer geschädigt sind. Demgegenüber kann man aus dem Intaktbleiben der Oberschenkelbeuger, der Unterschenkelbeuger und Unterschenkelstrecker ein Erhaltensein der motorischen Bezirke des zweiten bis fünften Lumbalsegments erschließen, während diejenigen Muskeln, welche aus den oberen Sakralsegmenten ihre motorischen Wurzeln beziehen, offenbar schwerer in ihrem anatomischen Gefüge und ihrer Funktion beeinträchtigt sind. Es haben aber auch die dem Peroneusgebiet angehörigen Muskeln wieder mehr gelitten als die von den Nn. tibiales versorgten; letztere konnten mit

etwas stärkeren Strömen elektrisch in Erregung versetzt werden; bei den von den Peronei versorgten Muskeln gelang es mir nur, die Strecker der großen Zehe und mit Mühe auch die Mm. tibiales antici zur Kontraktion zu bringen. Die Immunität einzelner Muskeln bei einem Ergriffensein anderer Muskeln, die demselben Nervengebiet angehören, ist schon früher von anderen und besonders auch von Remak in einem Falle von paralytischem Klumpfuß bei Spina bifida nachgewiesen worden. Jedenfalls scheint mir die Tatsache, daß in unserem Falle die Tibialismuskeln und einige dem Peroneusgebiet angehörige noch elektrisch erregbar befunden wurden, dafür zu sprechen, daß die Ursprungsstätten der diese Muskeln innervierenden Nerven (das erste bis dritte Sakralsegment) nicht ganz zugrunde gegangen, bzw. daß die von diesen Segmenten ihren Ursprung nehmenden Nerven zwar geschädigt, aber keineswegs ganz entartet sind. Dagegen spricht auch die oben von mir erwähnte Tatsache, daß trotz aufgehobener willkürlicher Bewegung der kleinen Fußmuskeln dennoch die Zehen, wenn auch nur geringe und nur bei darauf hingerichteter Aufmerksamkeit wahrnehmbare Bewegungen ausführten. Grätzer.

Blau, Kasuistischer Beitrag zur Meningo-Encephalitis serosa. (Zeitschr. f. Ohrenhlk. Bd. 52. Heft 1 u. 2.) 14 Tage vor Weihnachten erkrankte das $2^3/_4$ Jahr alte Kind an Masern, zwischen Weihnachten und Neujahr war es außer Bett, legte sich aber am 1. Januar wieder wegen Schmerzen im rechten Ohr. Am 4. Januar fing das Ohr an zu laufen, von da ab Appetitmangel, Abnahme der Kräfte, Sehvermögen und Gehör erlosch allmählich, am 12. Januar linksseitige „Ptosis“, zuweilen Zuckungen im linken Arm und Bein. Der Augenbefund am 19. Januar ergab außer einem schlaffen Herabhängen des linken oberen Lides und reaktionsloser linker Pupille nichts Besonderes. Reaktion auf vorgehaltene Gegenstände erfolgt nicht. Verf. konnte am 26. Januar folgenden Befund erheben: Völlig abgemagertes, somnolentes, blasses Kind, welches auf Anrufen nicht reagiert. Die Beine fallen nach Emporheben schlaff herab. Keine Reflexe, keine Nackenstarre. Abdomen eingesunken, Inkontinentia alvi et urinae. Urin eiweißfrei. Im rechten Gehörgange stinkendia, bröckliges Sekret, Trommelfell bis auf den oberen Rand fehlend. Paukenhöhlenschleimhaut granulierend. Warzenfortsatz druckempfindlich, keine Schwellung. Bei der Operation wurde das Antrum frei von Eiter gefunden, die Schleimhaut war stark geschwellt und zum Teil granulierend. Wegnahme eines Teiles der kariösen Hinterwand. Freilegung der Dura der mittleren Schädelgrube. Eine dreimalige Probepunktion des Hirns ergibt keinen Eiter, dagegen entleerte sich so viel wasserklare Flüssigkeit, daß die ganze Operationshöhle gefüllt wird und überfließt. Die Punktion der Dura der hinteren Schädelgrube gibt denselben Befund. Nach der Operation war die Atmung etwas freier, nach 18 Stunden trat der Exitus letalis ein. Die Kopfsektion (übrige Sektion verweigert) ergab außer geringen Gefäßveränderungen der Hirnhäute eine so starke Erweiterung der beiden Seitenventrikel, daß etwa $^3/_4$ einer kleinen Kinderfaust in jedem bequem Platz findet. In beiden sowie im erweiterten 3. und 4. Ventrikel völlig wasserklare Flüssigkeit. Alle Anforderungen, welche

Boenninghaus an die Diagnose „Meningitis serosa interna acuta" stellt, sind erfüllt; es waren keine frische Meningitis purulenta oder Residuen derselben, keine Meningitis tub., keine Tumoren oder Abszesse usw. vorhanden, das Ependym war nicht verdickt, nicht getrübt, das Gehirn war einer zweifellos tödlichen Kompression ausgesetzt. Die Operation wie die Sektion deckte nirgends eine bis zur Dura greifende Karies der Knochensubstanz auf. Es bestand also keine direkte Kommunikation zwischen der primären Erkrankung im Schläfenbein und dem Schädelinhalt. Es würde sich um eine seröse Meningitis handeln, welche durch toxische Noxen entstanden ist.

A. Sonntag (Berlin).

Paul Wennagel, Das Kernigsche Symptom und seine Bedeutung für die Meningitis. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 87. S. 205.) W. prüfte das Kernigsche Symptom bei 300 Patienten verschiedenster Art in der Krehlschen Klinik und fand dabei, daß es einwandfrei bei 52 Patienten positiv war. Unter 9 Meningitikern fehlte es bei 3. Im allgemeinen schien das Symptom häufiger bei Erwachsenen, als bei Kindern vorzukommen. Der Annahme, daß das Kernigsche Symptom ein durch Schmerz ausgelöster Reflex sei, widerspricht die Tatsache, daß es ganz ohne Schmerzäußerung vorkam, ja die Schmerzlosigkeit soll sogar die Regel sein, und darin soll der wesentliche Unterschied gegenüber dem Laségueschen Ischiasphänomen liegen.

Starck.

Fr. von Veress, Über Lupus vulgaris postexanthematicus. (Monatshefte f. prakt. Dermat. Juni 1906.) Nach akuten Exanthemen der Kinder — Wasserpocken, Masern, Scharlach — tritt manchmal während der Rekonvaleszenz, öfters aber nach Ablauf derselben, eine disseminierte Hauttuberkulose in Form der Lupus vulgaris auf. Nach v. V. sprechen alle Umstände und klinischen Symptome, nämlich die vielen Läsionen der Haut, das Fehlen von Metastasen innerer Organe, das Fehlen allgemeiner Embolisation, Auftritt des Lupus nach und nicht während des akuten Exanthems, häufig vorkommende spätere Vermehrung der Effloreszenzen für einen äußeren Ursprung durch Inokulation. Die einzigen, die hämatogene Entstehung scheinbar stützenden Argumente wie Multiplizität und gleichzeitiges Auftreten vieler Herde sind eigentlich auch für die äußere Entstehungsart verwertbar, da die Inokulation auf einer vielfach beschädigten, zarten Kinderhaut an vielen Stellen gleichzeitig zustande kommen kann. Aber auch im histologischen Bilde fehlen die Kriterien der Beteiligung der Gefäße an der Bildung der lupösen Herde, Auftreten der Knötchen in allen Schichten der Haut, die die Annahme einer hämatogenen Entstehungsart dieser Lupusform stützen könnten.

Max Joseph (Berlin).

Julius Heller (Charlottenburg), Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. (Dermatolog. Zeitschr. Bd. XIII. Heft 9.) Fall I. Lupus erythematosus der Nägel bei einem 17 jährigen Mädchen. Das Grundgesetz der Nagelpathologie ist: Nur die primäre Nagelerkrankung an einer bestimmten Dermatose ist charakteristisch, im weiteren Verlaufe verliert die Nagelaffektion die für die einzelnen

Dermatosen spezifischen Merkmale. H. hebt das nochmals besonders hervor. Im vorliegenden Falle fanden sich auf dem hinteren Nagelwall des 2. 3. 4. Fingers in verschieden großer Ausdehnung schuppende, tiefrote, charakteristische Infiltrate; zum Teil waren auch die seitlichen Nagelwälle befallen. Am 4. Finger war der ganze Nagelwall zirkulär erkrankt. Durch eine vertiefte Stelle schimmerte das tiefrote Nagelbett hindurch. Auch fanden sich einige wenige quadratmillimetergroße Stellen, an denen bei völlig intakter Nagelplatte das Nagelbett tiefrot durchschimmerte (Lupus erythematosus — Plaques des Nagelbettes).

Fall II. Abfall fast aller Nägel der Finger nach einer Gehirnerschütterung. Ein 6jähriges Mädchen schlug im Fallen mit dem Hinterkopfe auf eine mit Eisen beschlagene Treppe auf und bekam dadurch eine Gehirnerschütterung mit Krämpfen usw. Einige Wochen später begannen die Fingernägel sich einzuspalten und schließlich abzugehen. Die Nägel sind jetzt, nach 5 Jahren, noch nicht wieder gewachsen. Das freiliegende Nagelbett hat an einzelnen Stellen den Versuch zu einer pathologischen Hornbildung gemacht. Einen ähnlichen Fall, aber nach Erfrierung, hat H. bereits früher publiziert.

James O. Wentzel (Zittau).

Anselm Lehle, Ein Fall von Raynaudscher Krankheit im Säuglingsalter. (Dissertation. München 1906.) Wegen der Seltenheit der Affektion in diesem Alter — Winckel, aus dessen Klinik die Arbeit hervorgegangen, hat nach der Angabe des Verf.s einen zweiten gleichen Fall nicht gesehen — möge die Geschichte derselben genauer wiedergegeben werden. Aus der Anamnese der 20jährigen Mutter wie aus deren klinischem Untersuchungsbefund ergibt sich nirgends etwas, was auf eine überstandene luetische Erkrankung hindeuten würde. Die Geburt verlief spontan. Am Neugeborenen waren keine Symptome vorhanden, die als Ausdruck einer hereditären Syphilis aufzufassen wären. Bereits am Abend der Geburt traten an dem Kind eigentümliche Erscheinungen auf. Auf beiden Wangen erschienen umschriebene, rötliche kleinblasige Erhebungen; die Nase sah etwas blaß aus und fühlte sich kühl an, alsbald zeigte sie auch an der Spitze eine deutliche livide Verfärbung. An den oberen Extremitäten war eine stärkere, an den unteren ein leichtere ödematöse Anschwellung zu konstatieren. Am 16. Mai, am 2. Lebenstag, waren die Partien auf den Wangen intensiv rot gefärbt, setzen sich aus ganz kleinen Bläschen mit blutig-serösem Inhalt zusammen, Hände und Füße geschwollen. Die Nasenspitze hat sich kolbig verdickt und schon eine blau-schwarze Vertärbung von fast gangränösem Aussehen angenommen. Der Nagel des kleinen Fingers der rechten Hand, sowie der des Mittelfingers links sind livid verfärbt. Keine Abhebung der Epidermis an den Händen. Temperatur 37, Puls 110, keine auffallende Erscheinungen am Herzen. Am 3. Tag Eruption an den Wangen niedriger und blasser, an beiden Knien ganz ähnlich gerötete Partien, zum Teil isolierte, zum Teil diffuse Bläschen darstellend; die Nasenspitze ist gangränös geworden. Die infolge einer von vornherein bestehenden Abneigung gegen die Mutterbrust nötig gewordene Flaschenernährung gelingt nur mangelhaft und am 4. Tag bleibt die Nahrungsaufnahme ganz gering. Die Erscheinungen an beiden Wangen

im Rückgang, einzelne Bläschen geplatzt, kleine Exkaviationen hinterlassend. Die Nasenspitze ist tintenschwarz verfärbt, die eingetretene Gangrän durch eine scharfe Demarkationslinie abgegrenzt. Die ödematöse Schwellung an den Händen ist ohne Änderung, die der Füße zurückgegangen. Am Abend hat sich an der Spitze des linken kleinen Fingers eine größere, an der des rechten eine kleinere Blase mit gelblichem Inhalt gebildet. Atmung leicht pfeifend, Kind unruhig. Die Nacht auf den 19. Mai, 5. Lebenstag, durch freier gewordene Atmung ruhiger. Nachlaß der Wangenrötung, die Bläschen an den Knien zum Teil eingetrocknet, die an den Wangen bilden einen kleinen Schorf. Die Blase an der Spitze des kleinen Fingers links noch größer, die an der Spitze des rechten etwas kleiner, der Inhalt der ersteren mehr gelb, derjenige der letzteren schwarzrot.

Am 6. Tag kann die Gangrän der Nasenspitze als vollständig abgegrenzt betrachtet werden. An Stelle der Bläschen auf den Wangen zum Teil schwärzliche Schorfe, Schwellung der Hände und Füße gering, die Blasen an den beiden kleinen Fingern ohne Veränderung, die livide Verfärbung des Nagels des kleinen Fingers rechts und des Mittelfingers links besteht noch. Unter Zunahme der Lungenerscheinungen am gleichen Tag Exitus letalis. Vom Sektionsbefund sei nur kurz erwähnt das Vorhandensein von Klappenhämatomen an der Tricuspidalis, Mitralis und — als Abnormität nach den Ausführungen Fahrs — an der Pulmonalis; eine ätiologische Bedeutung kommt diesen Klappenhämatomen oder, wie sie Fahrs genannt wissen will, diesen Kapillarektasien der Herzklappen Neugeborener für die vorliegende Krankheit nicht zu, seitdem wir durch die Arbeit von Parrot und Fahrs wissen, daß es sich bei diesen Bildungen um vollkommen normale Vorgänge handelt. Von einer Erkrankung der Gefäße berichtet das Sektionsprotokoll nichts, insbesondere werden keine Anhaltspunkte mitgeteilt für eine luetische Erkrankung, für die Annahme einer Thrombosierung durch Infektionsträger im Anschluß an Infektionskrankheiten ebenfalls nicht. Der Nabelring erwies sich bei der Sektion aber intakt. Auch von einer Verengerung der Aorta, welche Raynaud in zwei Fällen beobachtete und für ein prädisponierendes Moment in Anspruch nimmt, ist im Sektionsbericht nichts erwähnt. Eine Analyse der Krankheitserscheinungen in dem L.schen Falle an der Hand der klassischen Beschreibung Raynauds ergibt im einzelnen folgendes: Plötzlicher Beginn, wahrscheinlich auch mit Schmerzen, und ein durch diese Stadien charakterisierter Krankheitsverlauf: lokale Synkope — blasse, kühle Nasenspitze — im ganzen offenbar rasch vorübergegangen, vielleicht auch nicht fortgesetzt kontrolliert, immerhin ein von anderen Autoren verbürgtes Vorkommnis; als zweites Stadium die lokale Asphyxie: die livide Nasenspitze macht alle Nuancen von Blau und Schwarz bis zum völligem Tintenschwarz durch, livide Verfärbung des Nagels des rechten kleinen Fingers und Mittelfingers; im dritten Stadium auf beiden Wangen, Knien und beiden kleinen Fingern mit sanguinolentem Inhalte gefüllte und alsbald zu schwärzlichen Schorfen austrocknende Blasen, eine Art oberflächliche Gangrän, deren eventuelles Tiefergreifen durch den Tod des Kindes überholt wurde. Und in schönster Weise ausgeprägt die für

die Raynaudsche Krankheit so charakteristische, und von Raynaud selbst in einer Reihe von Fällen beobachtete Gangrän der Nasenspitze, und zwar die tiefe Form des Brandes, wie die Sektion zeigte. Die im Verlauf der Erkrankung aufgetretenen Ödeme der Arme und Beine sind ebenfalls in einer Anzahl von Fällen von symmetrischer Gangrän beobachtete Erscheinungen. Möglich auch, daß die im Sektionsbericht erwähnten Eiterbläschen am Kopfe als Beginn des feuchten Brandes aufzufassen sind. Hierhergehörige Beobachtungen liegen von Raynaud und Weiß vor. Als diagnostisch vielleicht nicht ganz bedeutungslos bezeichnet L. den Größenunterschied in der Blasenbildung an den Endphalangen der beiden kleinen Finger: der zuletzt befallene Teil ist der geringer befallene. Endlich ist das wichtigste Kriterium der Krankheit, die Symmetrie der Erscheinungen, in ausgezeichneter Weise vorhanden: an beiden Wangen ein gleicher Bezirk, an beiden Knien eine gangränöse Blasenbildung, an den Endphalangen der gleichnamigen Finger die oberflächliche Gangrän ebenfalls an der Blasenbildung, die Symmetrie in der lividen Verfärbung der Nägel angedeutet.

Eine Betrachtung des aufgeführten Symptomenkomplexes und seine Gegenüberstellung der von Raynaud und nach ihm von vielen anderen gegebenen Beschreibung dürfte wohl ohne Widerspruch zu der Überzeugung führen, daß wir es in der Tat hier mit einem sicheren Fall von Raynaudscher Krankheit zu tun haben, bei dem die Frage nach der speziellen Urache allerdings, wie so häufig bei dieser Krankheit, im Dunkeln bleibt, anders wie in dem von Schiff jüngst publizierten Fall. — Aber als eine schätzenswerte Beigabe der Arbeit darf die kolorierte Tafel gelten, die dem Leser eine anschauliche Vorstellung des interessanten Falles vermittelt. Es ist der tiefschwarze, gangränöse Nasenstumpf, der auf der einen Abbildung besonders markant hervortritt.

H. Netter (Pforzheim).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

Ad. Czerny, Der unerwartete Tod bei Infektionskrankheiten der Kinder. (Die Heilkunde. April 1907.) Bei Kindern, welche unter dem Einflusse einer Infektionskrankheit unerwartet unter Herzstillstand zugrunde gehen, legt C. Anomalien der Innervation der Gefäßnerven und vielleicht auch des Herzens die entscheidende Bedeutung bei. In seinen Fällen handelte es sich stets um Kinder aus Familien, in welchen Anomalien des Nervensystems bekannt waren, also hereditäre Belastung bestand. Es waren Kinder, welche schon vor Ausbruch der letal verlaufenden Krankheit als nervös galten, immer starke, zumeist fette oder sogar pastöse Kinder. In den Familien waren bereits überraschende Todesfälle, nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen vorgekommen. Es kommen also zweifellos Anomalien der Herzinnervation in manchen Familien hereditär vor.

Unter den psychopathischen Kindern kann man eine Gruppe herausgreifen, bei denen Anomalien der Herz- und Gefäßinnervation prävalieren. Die häufigste Form dieser Störungen ist die des jähen Farbenwechsels. Die Kinder zeigen bei der geringsten Erregung die

lebhaftesten Gesichtsfarben. Der Farbenwechsel kann sich so rasch abspielen, daß man im Verlaufe einer Konsultation denselben mehrmals beobachtet; wird das Kind durch die Untersuchung erregt, erscheint es purpurrot, läßt man es in Ruhe, so blaßt es sofort ab. Wichtiger noch ist das verschiedene Verhalten der Gefäß- und Herzinnervation unter dem Eindrucke einer Überraschung, eines Schreckens. Die Beschaffenheit des Pulses und der Herzaktion kurz nach Ablauf der Reaktion weist deutliche Kontraste auf. In der Mehrzahl der Fälle Pulsbeschleunigung und nach anfänglicher Blässe rasch starkes Erröten. Bei der Minderzahl Bradykardie, manchmal sogar mit Irregularität des Pulses, und andauernde Blässe der Hautdecken. Diese letztere Gruppe ist die besonders gefährdete, denn zwischen einer schweren Bradykardie und einem Herzstillstand ist nur ein gradueller Unterschied. Tritt schon unter normalen Verhältnissen auf ein psychisches Trauma eine derartige Reaktion auf, so ist verständlich, daß, wenn durch eine Infektionskrankheit pathologische Zustände hinzutreten, ernste Störungen der Zirkulation zu erwarten sind. Zweifellos sind auch plötzliche Todesfälle anscheinend gesunder Kinder nur so zu erklären, daß unter dem Einflusse einer unangenehmen Überraschung Herzstillstand eintritt.

Abgesehen von den Fällen, in welchen Nervenchok die Ätiologie der Innervationsstörung bildet, gibt es zahlreiche Beobachtungen über das Auftreten von Pulsirregularität und Tachykardie bei Kindern, bei welchen weder vor, noch nach Ablauf dieser Erscheinungen irgend ein pathologischer Befund am Herzen oder den Gefäßen erhoben und die auslösende Ursache erkannt werden kann. Daß es sich auch dabei um Innervationsanomalien handelt, läßt sich schon daraus schließen, daß man sie bei Kindern aus nervösen Familien beobachtet und daß die Zirkulationsstörungen keine nennenswerte Rückwirkung auf den übrigen Organismus ausüben. Recht häufig wird Tachykardie und Pulsirregularität bei Kindern nach Ablauf von Infektionen festgestellt, was die Erfahrung bestätigt, daß sich diese Innervationsanomalien, ebenso wie die auf anderen Organgebieten, dann einstellen, wenn eine Infektion das physiologische Gleichgewicht des Organismus gestört hat.

Bei Kindern, bei welchen nach dem Einsetzen der Infektion sehr bald ein Versagen der Herzkraft eintritt, ist vielfach zu dieser Zeit an ihrem Nervensystem nichts nachweisbar, was die Gefahr eines bevorstehenden Herztodes erkennen lassen könnte. Manchmal handelt es sich allerdings um aufgeregte, schlaflose, recht unruhige, weinerliche Kinder; aber auch anscheinend ruhige erreicht manchmal das gleiche Schicksal. C. hatte wiederholt den Eindruck, daß die Vornahme einer neuen, das Kind überraschenden Prozedur, eine Rumpfstreckung, Seruminjektion, den Herzstillstand provozierte. Jeder therapeutische Eingriff ist eben ein Eingriff in das Seelenleben des Kindes, und man muß namentlich bei sensiblen Kindern damit recht auf der Hut sein.

Bei fetten, pastösen Kindern wird besonders häufig jener Herztod beobachtet, und C. ist der Überzeugung, daß die Überernährung hier die wichtigste Rolle spielt. So sind bei Scharlachepidemien die stärksten Esser und diejenigen Kinder, welche dauernd einer Über-

ernährung ausgesetzt waren, diejenigen, welche am ehesten der Erkrankung erliegen, und zwar oft schon in den Anfangsstadien. Zum Zustandekommen des Herztodes bei Infektionen müssen eben zwei Faktoren vorhanden sein. Anomalien des Nervensystems und Überernährung. Wo die erstere fehlt, bringt die zweite nicht die genannten Gefahren mit sich. Man sollte vom Säuglingsalter ab bis in die späteren Lebensjahre jede Überernährung der Kinder streng vermeiden!

Grätzer.

T. Oshima, Zur Kasuistik der malignen Tumoren der Nierengegend im Kindesalter. (Aus der Kinderspitalabteilung der allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.) Außer den „embryonalen Mischgeschwülsten" der Niere finden sich bei Kindern Tumoren der Nierengegend, die klinisch als maligne Nierentumoren imponieren, ihren Ausgangspunkt jedoch vielfach von der Umgebung (Nebenniere, perirenales Gewebe, retroperitoneale Drüsen) nehmen, die Niere in ihren Bereich ziehen, mit ihr verwachsen oder sie vielfach infiltrieren. Diese Tumoren zeigen nicht den charakteristischen Bau der embryonalen Mischgeschwülste, wachsen nicht so exzessiv rasch wie diese, greifen häufig auf die Umgebung über und zeigen eine auffallende Neigung zu Metastasenbildung.

O. beschreibt nun 3 eigene Beobachtungen, Kinder zwischen $1^3/_4$ und $2^1/_2$ Jahren betreffend. Es handelte sich um maligne Nierentumoren der letztgenannten Kategorie in Fall 2 und 3, während Fall 1 eine „embryonale Mischgeschwulst" war. Im zweiten und dritten Falle lagen Sarkome mit multipler Metastasenbildung vor, die zu hochgradiger Kachexie führten; im zweiten Falle erschienen das linke Zwerchfell, die linke Pleura und das vordere Mediastinum vollständig von Metastasen bedeckt, im dritten Falle fanden sich multiple metastatische Knoten an der rechten Pleura diaphragmatica.

Klinisch gemeinsam war allen 3 Fällen, daß außer dem Nachweis einer retroperitoneal liegenden Geschwulst sonstige Symptome, die für das Bestehen eines Nierentumors Anhaltspunkte geben könnten, fehlten. Die Angabe lokalisierter Schmerzen war bei dem frühen Alter der Patienten nicht zu erwarten. Im Urin waren weder Albumen, noch Geschwulstzellen, noch Blut nachweisbar.

Beim ersten Falle war bemerkenswert, daß zwei andere Mitglieder der Familie (Vater und Bruder der Mutter) ebenfalls an Neubildungen der Niere gelitten hatten, so daß man hier wohl an familiäre Anlage denken kann.

Endlich ist noch der Blutbefund der beiden letzten Fälle hervorzuheben. Es fand sich ausgesprochene Vermehrung der eosinophilen Zellen, im dritten Falle sogar bis zu 18% sämtlicher Leukozyten, im Gegensatz zum ersten Falle, wo die Zahl der Eosinophilen durchaus der Norm entsprach. Vielleicht hätte man also im Blutbilde einen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt, um die kongenitalen Mischgeschwülste der Nieren von den echten Sarkomen zu unterscheiden.

Grätzer.

R. Neurath, Über eine pathologische Kopfhaltung bei der infantilen Hemiplegie. (Wiener med. Presse. 1907. Nr. 16.)

Seit langem fielen N. an hemiplegischen Kindern pathologische Einzelheiten am Skelette und an der Haltung des Kopfes auf. An der Nervenabteilung des Kaiser Franz Joseph-Ambulatoriums konnte er an der Hand des großen Materials zunächst der abnormen Kopfhaltung der hemiplegischen Kinder genauer nachgehen. Es handelt sich um eine in der übergroßen Mehrzahl länger bestehender Hemiplegien zu konstatierende Neigung des Kopfes nach der gelähmten Seite bei erhaltener Bewegungsfreiheit des Kopfes. Meist findet sich eine reine Neigung nach der Schulter der gelähmten Seite, manchmal ist auch eine leichte Drehung des Kopfes nach der gesunden Seite angedeutet.

Die zerebrale Kinderlähmung führt sehr oft zu einer Wachstumsstörung der betroffenen Seite. Eine solche Entwicklungsstörung wird, wenn sie auch die Gesichtshälfte, den Schultergürtel und die Halsmuskulatur betrifft, den Abstand des Kopfes von der hemiplegischen Schulter kleiner gestalten, als den auf der gesunden Seite. Dadurch wird eine vermehrte Neigung nach der kranken Seite zustande kommen. Gerade ein solcher ursächlicher Faktor könnte es erklären, daß die abnorme Kopfhaltung bei den Hemiplegien des Kindesalters, die ein wachsendes, daher in seiner Entwicklung nach zu hemmendes Skelett betreffen, so häufig sich findet, jedoch bei der Halbseitenlähmung der Erwachsenen — wie es scheint — nicht vorkommt. Da sich jedoch das geschilderte Symptom der pathologischen Kopfhaltung auch bei relativ frischen Hemiplegien findet, bei denen von einer Wachstumsstörung noch nicht die Rede sein kann, so können wir nicht in der Entwicklungshemmung die primäre Ursache des Symptoms sehen. Diese scheint vielmehr in einer dem erhöhten Tonus der halbseitig betroffenen Extremitätenmuskulatur adäquaten Kontrakturstellung der tiefen Hals- und Nackenmuskeln zu liegen. Dafür spräche das frühe Erscheinen der pathologischen Kopfneigung in Fällen, in denen es frühzeitig zu Spasmen der hemiplegischen Seite kommt. Nach und nach dürfte eine Wachstumsstörung der regionären Partien die abnorme Kopfhaltung noch deutlicher gestalten. Grätzer.

G. Reimann (Smichow), Meningitis cerebrospinalis-Heilung. (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.) Es handelt sich um einen schweren Fall von Meningitis unbekannter Ätiologie. Die Therapie bestand einfach aus Eisumschlägen auf Kopf und Nacken, Einreibungen von Ung. cinereum am Nacken, internen Herzmitteln (Digitalis und Koffein abwechselnd), nach Fieberabfall Jodnatrium. Der schwere Fall heilte ohne jegliche Folgeerscheinungen. Wäre die Lumbalpunktion gemacht worden, so hätte man sie als lebensrettend gepriesen!

Grätzer.

Gy. Grósz, Über die Sachssche Idiotia amaurotica familiaris. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 1.) Degenerativer Prozeß der Zellen des Zentralnervensystems, der im extrauterinen Leben sich entwickelt, ist wahrscheinlich die Ursache der Erkrankung. G. beobachtete 7 typische Fälle, bei denen die charakteristische Veränderung in der Gegend der Macula lutea vorhanden war.

Ernö Deutsch (Budapest).

Rachmaninov, Maligne Neubildungen der Niere bei Kindern. (Medicinskoje Obozrenije. 1906. Nr. 4.) Verf. berichtet über 6 eigene Fälle im Kinderspital in Moskau. Bei 3 Fällen konnte man, weil die Nebennieren gleichzeitig ergriffen waren, den Ursprung der Neubildung nicht genau bestimmen; in einem Fall war jedoch mit Sicherheit, in zweien mit größter Wahrscheinlichkeit die Niere als primärer Sitz des Tumors zu konstatieren.

In erster Reihe wendet sich Verf. gegen die Auffassung, als ob bei den malignen Neubildungen im Kindesalter in der Niere Krebs die vorherrschende Rolle spielen würde, vielmehr haben die letzten Untersuchungen gezeigt, daß Sarkome und Mischgeschwülste bei weitem prävalieren.

Der jüngste Kranke war über 1 Jahr, der älteste 5 Jahre alt. Die Dauer des Leidens variierte zwischen 1 und 6 Monaten.

Bei der Untersuchung fühlte man in der Nierengegend eine harte, glatte Geschwulst, manchmal von höckeriger Oberfläche; die Dämpfung ging in die Leber- bzw. Milzdämpfung über. Aszites war in keinem Fall zu konstatieren, nur entsprechend dem Wachstum des Tumors Vergrößerung des Bauchumfanges. Bloß in einem Fall war Albumen im Harne vorhanden, in einem 2 mal sanguis, sonst war der Harn stets normal befunden. In allen Fällen trat bald ausgesprochene Kachexie zutage.

Histologisch war in 5 Fällen der Charakter der Geschwulst als Mischgeschwulst anzusehen, und zwar als Adenosarkom und Adenomyosarkom, bloß ein Fall war ein Karzinom mit starker Gefäßentwicklung.

Gabel (Lemberg).

J. Le Gras, Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse. (Thèse de Paris. 1906.) Der Verf. ist auf Grund eigener Beobachtung und verschiedener Veröffentlichungen in der Literatur zur Überzeugung gelangt, daß es tuberkulöse Meningitiden gibt, welche als Psychosen in Erscheinung treten und bei welchen die somatischen Erscheinungen entweder so unwesentlich sind, daß sie sich der Beobachtung entziehen, oder so spät auftreten, daß der Krankheitsprozeß bereits weit vorgeschritten ist und der tödliche Ausgang unmittelbar bevorsteht.

Es gibt derartige Patienten, bei welchen die psychische Störung sich als auditive und visuelle Halluzinationen kundgibt, bei welchen sich Delirien entwickeln und selbst furibunde Anfälle auftreten können. Bei anderen wieder besteht ein melancholischer Zustand mit hypochondrischen Delirien. Aus allen diesen Beobachtungen ist also das Aufstellen einer mentalen Form der tuberkulösen Meningitis gerechtfertigt.

E. Toff (Braila).

F. Raymond (Paris), L'encéphalite aiguë. (Archives de méd. des enfants. Novembre 1906. S. 641.) Gestützt auf eine Reihe von Krankheitsfällen, die der Verf. selbst beobachtet und untersucht hat, beschreibt derselbe die akute Encephalitis als eine entzündliche Degeneration verschiedener Gehirnzentren, analog den entzündlichen Prozessen, welche im Rückenmarke auftreten und das Bild der akuten Myelitis darstellen.

Die akute Encephalitis kann in jedem Lebensalter auftreten, und es ist nicht unmöglich, daß sie sich auch während des intrauterinen Lebens entwickelt. Die Ursache der Erkrankung scheint in einer Toxiinfektion zu liegen; Kinder sind der Erkrankung mehr ausgesetzt, schon aus dem Grunde, weil ihr Nervensystem auf krankhafte Reize viel lebhafter reagiert, als dies beim Erwachsenen der Fall ist. Verschiedene Infektionskrankheiten spielen eine bedeutende Rolle in der Ätiologie dieser Krankheit, ebenso auch Autointoxikationen. Namentlich beim Kinde beobachtet man oft Fälle, die auf letztere Ätiologie schließen lassen, wie z. B. die akute Encephalitis, welche im Laufe von akuten Magendarmkrankheiten auftritt. Einen spezifischen Mikroorganismus für diese Erkrankung kennt man nicht; bakteriologische Untersuchungen haben mitunter verschiedene Mikroben auffinden lassen, wie Pneumokokken, Influenzabazillen, Streptokokken, Tuberkelbazillen usw., ohne daß eine von denselben als spezifisch angesehen werden könnte. R. nimmt an, daß in den meisten Fällen diese Mikroben in die bereits entzündlich veränderten Herde gelangt sind, und daß letztere eine Folge der von den ersteren abgesonderten Toxine sind. Derartige auf Toxine beruhende Veränderungen des Encephalums sind auf experimentellem Wege von zahlreichen Forschern nachgewiesen worden, die Annahme, daß es sich auch bei den akuten Enzephalitis um ähnliche Einflüsse handelt, ist also vollauf gerechtfertigt.

R. beschreibt des weiteren die pathologische Anatomie und Symptomatologie dieser Krankheit, indem er auch der Arbeiten deutscher Forscher und namentlich Strümpells in ausführlicher Weise gedenkt. Dieses alles sollte im Originale nachgelesen werden, da es sich zu kurzem Referate nicht eignet. E. Toff (Braila).

Fouquet, Sur une forme rectiligne de spirochète pâle. Sa signification. Son rôle probable dans les lésions tertiaires. (Société de biologie. Paris, séance du 9 Janvier 1907.) Der Verf. hat in dem Gewebe und den Blutgefäßen einer Nebenniere große Mengen gradliniger Spirochäten beobachtet und auch in anderen Fällen von tertiärer Lues diese Form gesehen. Er ist daher der Ansicht, daß es sich um eine Spätform der Spirochäte handle, während die spiralige eine Jugendform darstelle. Möglicherweise handelt es sich auch um eine Kadaverform. Zwischen diesen beiden Formen kann man auch verschiedene Zwischenformen beobachten.

Mit Bezug auf die Bildung von Gummen spricht F. die Ansicht aus, daß es sich hierbei möglicherweise um Gefäßverstopfungen durch gradlinige Spirochäten handle. E. Toff (Braila).

Déléarde und **Petit,** Ein Fall von Meningitis gemischtinfektiösen Ursprungs. (L'Écho médical du Nord. Mai 1906.) 11 Monate altes Brustkind mit belangloser Familien- und Personalanamnese. Schläfrigkeit, ungleiche Pupillen, Gesichtszucken vor 8 Tagen. Kein Ohrenleiden. Bei der Aufnahme am 17. März Nackensteifigkeit, Strabismus, benommenes Sensorium, Zähneknirschen. Puls 100 und gleich der Respiration unregelmäßig. Abdomen eingezogen, aber keine allgemeine Gliederstarre. Kein Kernigsches

Zeichen. Fontanelle prominent. Unter hohem Druck entleeren sich leicht 20 ccm Lumbalflüssigkeit, die klar, sehr reich an Lymphozyten, polynukleären Leukozyten und nach Gram sich färbenden Diplokokken ist. Bouillon und Gelatine blieben steril. Am nächsten Tag Opisthotonus, Puls 124. Starker Intentionstremor. Kein Erbrechen, ungestörte Nahrungsaufnahme. Lumbalpunktion am 19., 20. und 21., Aussehen der Spinalflüssigkeit wie vorher, Lymphozyten: Polynukleären 88:12 bzw. 74:26. Exitus am 22. März. Autopsie: käsige Bronchopneumonie, die intra vitam keine Erscheinungen gemacht hatte, Verkäsung der tracheo-bronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen. An der Basis cerebri längs der Gehirnnervengefäße grüngelbes Exsudat, besonders an Chiasma, in der Fossa Sylvii Tuberkel, längs der Medulla spinalis purulentes Exsudat. Verff. führen das ausbleibende Wachstum des Diplococcus auf die epiduralen Injektionen von Jodkali zurück, die dessen Kultur vielleicht gehindert haben, sie halten denselben für identisch mit dem Weichselbaumschen Diplococcus und sind der Ansicht, daß das Kind einer doppelten Infektion erlegen ist, für deren Vorkommen einige Belege aus der französischen Literatur vorliegen. H. Netter (Pforzheim).

G. Muls, Die Chlorretention bei der akuten Nephritis der Kinder. (La Clinique. 23. Juni 1906.) 1. 5 jähriger Knabe mit akuter postskarlatinöser Nephritis, tritt in das Hospital mit Albumen, Zylindern und roten Blutkörperchen im Harn ein. Salzretention mit Oligurie. Nach Einleitung eines salzfreien Regimes Polyurie und Polychlorurie, Verringerung des Albumen, Gewichtsabnahme.

2. 3 jähr. Knabe mit Anasarka infolge akuter Erkältungsnephritis, Salzretention; dann Polyurie mit Polychlorurie. Abnahme des Eiweißes und des Gewichts.

3. 14 jähriger Knabe mit Oedema faciei bei akuter Nephritis a frigore. Keine Zylinder, keine Salzretention. Auf Milchregime Polyurie und Polychlorurie. Verringerung des Eiweißgehaltes mit dem Gewichtsverlust.

4. 10 jähr. Knabe mit subakuter Nephritis, Anasarka, hyalinen Zylindern usw.

Bei den Kindern mit akuter Nephritis gibt es eine initiale Phase der Chlorretention mit korrelativem Ödem. Unter dem Einfluß eines salzfreien Regimes stellt sich die Durchgängigkeit der Nieren wieder her und es kommt zur Polyurie und Polychlorurie. Da das Salz bei der Entstehung der nephritischen Ödeme eine evidente Rolle spielt, muß dessen Resorption durch ein Milchregime, ein dechloriertes Re-Regime beschränkt werden. Das befolgte Regime war bald das erstere (1,50 g Salz pro Liter), bald ein salzfreies Regime, bestehend aus 1200 g Milch, 200 g salzfreies Brot, 100 g salzfreies gebratenes Fleisch, 100 g gesottener Kartoffeln ohne Salz, ein weichgesottenes Ei. Das salzhaltige Regime kann erst wieder ertragen werden, wenn die Durchgängigkeit der Nieren für die Chloride wiederhergestellt ist. H. Netter (Pforzheim).

Pierre Teissier (Paris), L'urémie chez les tuberculeux. (La presse médicale. 1906. Nr. 95. S. 769.) Die Tuberkulösen, und

namentlich jene mit chronischer Lungentuberkulose, haben oft Nierenaffektionen verschiedenen Grades, welche, im weiteren Verlaufe, zu urämischen Erscheinungen Veranlassung geben können. Dieselben können gastro-intestinaler, respiratorischer oder zerebraler Natur sein, wie dies auch bei gewöhnlicher Urämie beobachtet werden kann.

Die Ursache dieser Erscheinungen liegt darin, daß durch die tuberkulöse Läsion einerseits und durch die Nierenerkrankung andererseits eine langsame, progressive und komplexe Vergiftung des Gesamtorganismus zustande kommt, welche sich durch urämische, eine eigene Symptomatologie und einen eigenen Verlauf zeigende Erscheinungen kundgibt. Diese Urämie hat einen chronischen Verlauf, und der einmal angenommene Charakter bleibt von Anfang bis zu Ende unverändert, gleichviel um welche Form der Krankheit es sich handelt. Eklamptische oder epileptische Formen kommen aber nicht zur Beobachtung, ob es sich nun um Erwachsene oder um Kinder handelt.

Die Diagnose der Urämie bei Tuberkulösen ist meist eine schwierige; es ist wichtig, die Untersuchung des Kranken in genauer Weise vorzunehmen, um nicht der Lungentuberkulose die dyspnoischen Erscheinungen, einer Darmtuberkulose die gastro-intestinale Urämie zuzuschieben, oder eine Meningitis anzunehmen, wenn es sich um Delirium oder Koma infolge von Niereninsuffizienz handelt.

E. Toff (Braila).

Guyot, Infektiöse Mundbodenphlegmone, Angina Ludowici. (Journ. de méd. de Bordeaux. 7. Okt. 1906.) 10jähr. Knabe, seit mehreren Tagen fiebernd, adynamisch, steifer Hals, halbgeöffneter Mund, Salivation. Die Zunge erscheint vom Boden gehoben, die untere Fläche berührt den freien Rand der Zähne; Regia subhyoidea im ganzen verdickt, hart, schmerzhaft, ohne Fluktuation. Die bakteriologische Untersuchung des durch Inzision entleerten, spärlichen fötiden Eiters durch Sabrazès ergibt Streptokokken in langen Ketten und Fadenbakterien. Eintrittspforte der Infektionsträger nicht eruierbar.

H. Netter (Pforzheim).

J. G. Corkhill, Ein Fall von Meningitis basilaris posterior mit geringen zerebralen Symptomen. (Brit. med. Journ. 1906. Bd. I. 31. März.) 27 Monate altes gesundes Kind, erkrankt am 20. Januar unter plötzlichem Erbrechen, Fieber, 60 Resp., 160 Pulsen. Verstopfung, trockener belegter Zunge. Am 23. und 24. sehr hohes Fieber. Am 1. Febr. 41, Strabismus. Konsilium mit Astby, keine sichere Diagnose. Nur am 8. Febr. geringe Retraktion des Kopfes. Am 10. Koma, ausgesprochene Nackensteifigkeit. Lumbalflüssigkeit trüb, auch an Polynukleären und Diplokokken. Am 11. Steifigkeit des rechten Armes und Beines, dann des Kiefers, am 12. Kontraktur links. Am 13. Erbrechen und Exitus in Konvulsionen.

H. Netter (Pforzheim).

R. Knox, Ein Fall von Aktinomykose der Wange mit Jodkali behandelt. (Lancet 1906. Bd. II. S. 1213.) Eröffnung des Abszesses bei dem $7^1/_2$ jähr. Mädchen von außen, worauf Jodkali innerlich in steigenden Dosen gegeben wurde. Darauf führt Verf. die definitive Heilung zurück.

H. Netter (Pforzheim.)

J. Morrell und **H. E. Wolf,** Meningitis mit Diphtheriebazillen in der Cerebrospinalflüssigkeit. (Journ. of the american med. Assoc. 29. Dezember 1906.) Wegen der großen Seltenheit des Befundes von Löfflerbazillen in den nervösen Zentren sei der Fall kurz skizziert. Der $4^1/_3$ Monate alte Knabe war im Cook County Hospital in Chicago wegen meningitischer Erscheinungen aufgenommen worden. Die einige Stunden nach der Aufnahme vorgenommene Lumbalpunktion förderte 45 ccm einer trüben Flüssigkeit zutage, in der durch Kulturverfahren ein in seinen morphologischen, biologischen und kulturellen Verhalten dem Diphtheriebazillus sehr nahestehender Mikroorganismus nachgewiesen werden konnte. Eine 48 Stunden später ausgeführte Lumbalpunktion hatte das gleiche Ergebnis. Im Nasen- und Rachenschleim des Kindes, der daraufhin ebenfalls untersucht wurde, fand man neben Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken einen den aus der Spinalflüssigkeit isolierten ganz ähnlichen Bazillus. 4 Tage nach der Aufnahme erhielt das Kind eine Seruminjektion. Gleichwohl starb das Kind. Die Autopsie ergab eine Miliartuberkulose mit Bronchopneumonie und eine tuberkulöse und exsudative Meningitis. Herz- und Milzblut, Peritoneal- und Perikardialflüssigkeit blieben steril, während die Kulturen aus der Meningealflüssigkeit und dem Exsudat an der Basis der rechten Hemisphäre den gleichen Mikroorganismus wie den intra vitam zweimal aus der Lumbalflüssigkeit gewonnenen ergaben. H. Netter (Pforzheim).

R. Gillmore, Schleichende Nierenaffektionen bei kleinen Kindern. (Surgery, Gynecology and Obstetrics. November 1906.) Während die Tatsache von der Durchlässigkeit der Plazenta für die Toxine gewisser Infektionskrankheiten mütterlicher Provenienz keinem Zweifel unterliegt, sind unsere Kenntnisse über Nierenerkrankungen des Fötus im Gefolge ähnlicher Zustände bei der Mutter weniger bestimmt. In dieser Hinsicht von G. angestellte Untersuchungen verdienen daher Beachtung. Eine Gravida mit renalem Anasarka gebar vorzeitig ein wenig mehr als 1,500 kg wiegendes Kind. Die Nieren des während der Geburt verstorbenen Kindes zeigten folgende Veränderungen: Die Zellen der Tubuli contorti unregelmäßig nach Form und Lage, die Mehrzahl ohne Kerne, da und dort Infiltrationen von embryonalen Zellen. Es handelte sich bei diesem Fötus um eine beginnende Nekrose des Drüsenepithels. In einem zweiten Fall von Nephritis der Mutter bot der nach dem 7. Monat tot zur Welt gekommene Fötus das Bild einer Nierenkongestion; das Epithel der Tubuli contorti war geschwellt und granuliert, die Kerne stellenweise verschwunden und die Bowmanschen Kapseln erweitert, kurz das Bild akuter Nephritis. In Lungen, Leber und Herz die Zeichen der Hyperämie. In einem dritten Falle handelt es sich um eine Frau mit nephritischen Ödemen, die etwa im 8. Monat mit zwei lebenden Kindern niederkam. Das erste mit einem Gewicht von 1,250 kg starb bald nach der Geburt an Konvulsionen. Das zweite mit einem Gewicht von 1,400 kg zeigte bald nach der Geburt Ödem der Hände und Füße. Am 2. Tag Tod an Konvulsionen. In beiden Fällen fand sich eine Nekrose des Nierenepithels, in der Leber fettige Degeneration, die übrigen Organe waren hyperämisch. Verf. hält es für ziemlich

sicher, daß die hier geschilderten Nierenläsionen der Neugeborenen aus der Schwangerschaft oder jedenfalls aus den letzten Tagen vor der Geburt herdatierten. Aus anderen Beobachtungen glaubt Verf. zeigen zu können, daß diese angeborenen Nierenläsionen Anlaß zu zeitlich mit entfernten Zufällen geben können. Der erste Fall bezieht sich auf eine bei hochgradiger Albuminurie im 8. Monat mit einem 2,200 kg schweren Kind niedergekommene Frau. Die Mutter wurde wieder gesund und das Kind blieb am Leben. Verf. hatte Gelegenheit den Urin dieses Kind im 4. Jahr zu untersuchen: derselbe enthielt Eiweiß, hyaline und granulierte Zylinder. Ein Zwillingspaar einer anderen, ebenfalls stark nierenleidenden, aber ziemlich zum normalen Termine entbundenen Frau zeigte wenige Stunden nach der Geburt Eiweiß, hyaline und granulierte Zylinder in großer Zahl im Urin. In einem letzten Fall war die Mutter einem eklamptischen Anfall post partum erlegen. Verf. hatte das Kind im 2. Lebensjahr zu untersuchen, das eine gewisse Anämie darbot. Im Urin jedoch fanden sich Eiweiß und Zylinder. Die 4 älteren Kinder der Familie hatten dann und wann nur Eiweiß und Zylinder im Urin. Verf. gelangt nach diesen Beobachtungen zu dem Schluß, daß der ungünstige Einfluß einer mütterlichen Nephritis auf die Niere des Kindes unbestreitbar ist in Gegenwart und in Zukunft. Daher ist auch aus diesem Grund eine Gravida, wenn sie an Albuminurie leidet, besonders sorgfältig zu überwachen und der Urin der Kinder wiederholt zu untersuchen.

H. Netter (Pforzheim).

Moncorvo, Beitrag zum Studium der Schaudinnschen Organismen bei hereditärer Syphilis. (La Pediatria. 1906. Bd III.) In 2 Fällen von zweifelloser hereditärer Syphilis ergab die mikroskopische Untersuchung des Sekrets perianaler Geschwüre das Vorhandensein von Spirochäten, die mit den von Schaudinn beschriebenen durchaus identisch waren; niemals fanden sie sich bei anderen Hautaffektionen und in normalen Sekreten.

F.

Oluf Thomsen (Däne), Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose latenter angeborener Syphilis bei dem Neugeborenen. (Bibliothek for Läger. 1907. Heft 1 u. 2.) Der Verf. hat früher nachgewiesen, daß die für Syphilis charakteristische Nabelschnurentzündung viel häufiger als gewöhnlich angenommen vorhanden ist, nämlich in $^3/_4$ aller Fälle (s. dieses Blatt 1905 S. 479 und 1906 S. 290 u. 292). Als Supplement zur Nabelschnuruntersuchung hat der Verf. Röntgenphotographie der Epiphysengrenzen des neugeborenen Kindes vorgenommen; diese Untersuchung gibt Aufklärung über alles, was man mit bloßen Augen an den auspräparierten Knochen sehen kann. Im ganzen wurden 55 Kinder untersucht, 15 von diesen zeigten später Zeichen von Syphilis, obgleich sie bei der Geburt sich als nicht syphilitisch zeigten; bei 7 von diesen 15 wurde durch Röntgenuntersuchung Osteochondritis nachgewiesen. Die Nabelschnurentzündung war in 11 von den 15 Fällen vorhanden, nämlich in 6 von den 7 Fällen, in welchem das Röntgenbild Osteochondritis zeigte, und außerdem in 5 Fällen, in welchen die Knochen normal waren. Nur einmal wurde Osteochondritis trotz normaler Nabelschnur gefunden. Die Untersuchung der Nabelschnur ist also

das wichtigste, die Röntgenuntersuchung des Kindes ein Supplement, welches speziell von Bedeutung wird, wenn es sich um ein 2—3 Tage altes Kind handelt, wo die Nachgeburt nicht herbeigeschafft werden kann.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Domínguez Venegas, Behandlung der Noma mit Jodinjektionen. (El Liglo Médico. 14. Juli 1906.) In einem schweren Nomafalle machte Verf. Injektionen von täglich $^1/_2$ Spritze ($^1/_2$ ccm) einer Lösung von Jodtinktur 4,0 auf 30 g Wasser und Jodkali q. s. Er erzielte einen prompten Heilerfolg, hatte aber inzwischen keine Gelegenheit, die Methode an einem zweiten Falle zu untersuchen.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 14. März 1907.

Dozent Hochsinger demonstriert ein 13 Monate altes Kind gesunder Eltern mit **Tuberkulose des rechten Hodens.** Patient zeigte die ersten Zeichen der Erkrankung im 4. Lebensmonate. Die Schwellung des rechten Hodens wuchs durch etwa 4 Wochen, blieb dann bis zum Ende des 1. Lebensjahres stationär, um dann neuerlich an Größe zuzunehmen.

In Differentialdiagnose kommen bei diesem pflaumengroßen Tumor Sarkom, Syphilis und Tuberkulose. Der langsame, schmerzlose Verlauf, die Einseitigkeit der Erkrankung sprechen für Tuberkulose. Selten ist der frühzeitige Beginn der Erkrankung.

Therapeutisch tritt H. für Kastration ein. Swoboda erwähnt in der Diskussion, daß Spontanheilungen vorkommen.

(H. demonstrierte in der nächstfolgenden Sitzung der Sektion den exstirpierten Hoden, der kavernös zerfallen erschien.)

Dozent Moser demonstriert die anatomischen Präparate zweier Fälle von **diffuser Hirnsklerose** (9 und 12jähr. Kind). Die Gesamtdauer der Erkrankung betrug in dem einen Fall 1, im anderen 2 Jahre.

Als erstes Anzeichen der Erkrankung traten Intelligenzstörungen auf. Erst später kamen motorische Störungen in Form von allgemeiner Steifheit, ataktische Störungen hinzu. Die Sprache wurde immer unverständlicher, der Gesamteindruck der Erkrankten war zum Schluß der einer vollkommenen Verblödung bei allgemein spastischem Zustand der Muskulatur. Der Tod erfolgte an Pneumonie.

In beiden Fällen bestanden diffuse sklerotische Veränderungen der hinteren Hälfte beider Großhirnhemisphären und Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarkes.

Zuppinger demonstriert einen 12jähr., Neurath einen $4^1/_2$ Jahre alten Knaben mit **chronischem Gelenksrheumatismus.**

Der Fall Z. ist dadurch interessant, daß an den Veränderungen auch die Kiefergelenke beteiligt waren. Die Erkrankung begann unter Erscheinungen eines akuten Gelenkrheumatismus im Jahre 1899. Der fast 4jährige Knabe wurde nach 10tägiger Spitalbehandlung entlassen. Zu Hause verschlechterte sich der Zustand allmählich im Laufe von 3 Jahren soweit, daß durch entzündliche Veränderungen der Hand, Knie, Sprung- und Wirbelgelenke Patient fast vollkommen unbeweglich wurde. Die Nahrungsaufnahme war durch die Kiefersperre sehr erschwert.

Ohne besondere Therapie besserte sich der Zustand wieder soweit, daß Patient wieder gehen konnte, nur die Kiefersperre besserte sich nicht. Patient wurde zur Beseitigung dieses Leidens aufgenommen.

Therapeutisch wurden von Z. **Fibrolysininjektionen** verbunden mit passiven Gelenksübungen angewendet. Die Kiefersperre hat sich wesentlich gebessert.

Friedjung demonstriert ein 3 monatliches Brustkind mit **kongenitalem Myxödem** mit nur sehr gering entwickelter myxödematöser Beschaffenheit der Haut. Das Kind sieht schwer atrophisch aus, wiegt 2570 g, es besteht Obstipation. Die Körpertemperatur ist subnormal. Die Stimme ist gröhlend, das Gesicht ist typisch myxödematös, die Zunge ist groß.

Das Ausbleiben der Hautveränderungen dürfte auf die Brusternährung zurückzuführen sein, welche die Zufuhr mütterlichen Schilddrüsensekrets ermöglicht.

Swoboda zeigt einen Fall von **Urticaria pigmentosa** bei einem 5 jähr. Mädchen. Die Erkrankung begann im Alter von 6 Monaten mit Urtikariaeruption: die Quaddeln schwanden unter Zurücklassung von kaffeebraunen Pigmentflecken.

Spontan oder durch mechanische Reizung wiederholen sich solche Urtikariaeruptionen fortwährend.

Friedjung hält den angekündigten Vortrag **„Über den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit des Erwachsenen“**. Vortr. regt eine diesbezügliche Untersuchung an großem Materiale an und bringt einen kleinen Beitrag zu dieser Frage. Vortr. hielt bei 155 Turnern eines Vereins Umfrage über die Art ihrer Ernährung im Säuglingsalter. Es ergab sich, daß unter den guten Turnern bedeutend mehr Brustkinder mit langer Stilldauer zu finden waren als unter den schlechten.

F. betont selbst alle Schwächen und Mängel des Untersuchungsmateriales und dessen Verwendung. Dem Vortr. war es darum zu tun, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese wichtige Frage zu lenken. Er gibt der Überzeugung Ausdruck, daß die natürliche Ernährung sicherlich auch für das spätere Alter eine große Bedeutung habe. B. Schick (Wien).

Naturhistorisch-Medizinischer Verein Heidelberg.

(Medizinische Sektion.)

(Nach Münch. med. Wochenschr.)

Sitzung vom 22. Januar 1907.

L. Tobler: **Spasmus nutans** (Krankenvorstellung). M. H.! Der Knabe, den ich Ihnen hier vorstelle, ist 5 Jahre alt, Kind eines Tagelöhners aus Heidelberg. Er wurde vor einigen Tagen in die Klinik gebracht wegen einer recht seltenen Affektion, die bis in die erste Lebenszeit zurückgehen soll und in eigentümlichen, zwangsweisen Dreh- und Schüttelbewegungen des Kopfes besteht. Ein jüngerer Bruder des Patienten zeigt dieselben Erscheinungen in etwas anderer Abstufung. Interessant ist die Angabe der Mutter, daß sie selbst sowie 3 ihrer Geschwister als Kinder mit dem Kopfe schüttelten; das Symptom ging langsam „nach kräftigem Essen“ zurück. Aus der Vorgeschichte des Patientchens erfahren wir, daß er mit 1 Jahr an Rachitis litt, letztes Jahr Diphtherie durchmachte; ferner leidet er an Bettnässen. Er soll sonst niemals schwer krank gewesen sein, sich gut entwickelt haben.

Hieran zu zweifeln haben wir Veranlassung, wenn wir den Jungen betrachten, der schlecht genährt, schwächlich und anämisch aussieht, und dessen körperliche und geistige Entwicklung auch bescheidenen Anforderungen nicht entspricht. An den Knochen Spuren leicht verlaufener Rachitis, die inneren Organe ohne pathologischen Befund. Die tiefen Reflexe sind etwas gesteigert.

Der Kopf steht in natürlicher Haltung, ist allseitig frei beweglich. Während das Kind sich die neue Umgebung ansieht, treten zeitweise stärkere oder schwächere Schüttelbewegungen des Kopfes auf; sie werden in mäßig raschem Tempo, 2 bis 3 pro Sekunde, und in geringer Amplitude ausgeführt, und sind vom Willen nicht beherrscht. Genaueres Zusehen ergibt, daß die Bewegungen weitaus am stärksten bei der Blickrichtung nach links und links unten auftreten und in dieser Haltung ununterbrochen andauern. Daß sie mit dem Blickrichten in engstem Zusammenhange stehen, geht aus ihrem vollständigen Verschwinden bei Kopfdrehungen auf akustischen Reiz bei verbundenen Augen hervor. Das Zubinden nur eines Auges hebt sie nicht auf, doch begleiten sie den Blick des rechten Auges stärker als den des linken.

Die Bulbi sind allseitig ausgiebig beweglich, doch besteht ein geringerer

Grad von konkomitierendem Strabismus convergens sinister. Beim Fixieren nach allen Richtungen zeigt sich ein starker, unausgesetzter Nystagmus beider Augen, der bei fixiertem Kopf an Intensität zunimmt. Die brechenden Medien, der Augenhintergrund verhalten sich normal, die Sehschärfe scheint, soweit sie prüfbar ist, normal. Das Gehör ist gut, der Ohrenspiegelbefund normal; es besteht kein Schwindel beim Stehen und Gehen. Die Intelligenz ist in mäßigem Grade rückständig.

Für die Diagnose sind die engen Beziehungen zwischen den Zwangsbewegungen des Kopfes und dem Sehorgan maßgebend. Sie veranlassen uns, den Fall in das Krankheitsbild des Spasmus nutans (rotatorius) (head-shaking) einzureihen.

Der schon älteren Autoren altbekannte Symptomenkomplex hat durch die ausgezeichneten Untersuchungen von Raudnitz schärfere Umgrenzung und vielfache Klärung erhalten. Raudnitz hat auf die Abhängigkeit der Kopf- und Augenbewegungen vom Blickrichten aufmerksam gemacht und hat die Erscheinung als Reflexkrampf, hervorgerufen durch den Versuch der Fixation gedeutet. Die Kopfbewegungen kämen nach Raudnitzs Ansicht zustande durch eine Ausbreitung der Erregung von übermüdeten Ganglien einzelner Augenmuskeln auf funktionell benachbarte Gebiete. Die funktionellen Beziehungen zwischen Blick und Kopfbewegungen liegen auf der Hand, diejenigen zwischen ermüdender Fixation und Nystagmus sind durch zahlreiche Analogien verständlich. (Nystagmus der Bergleute!) Die Voraussetzung der Ermüdung der Augenmuskeln ist einesteils durch innere Verhältnisse (Schwäche, dynamische Verhältnisse der Augenmuskeln, Neigung zu Heterophorie) gegeben, teils durch äußere, ätiologische Momente veranlaßt, deren Kenntnis wir ebenfalls den sorgfältigen Nachforschungen Raudnitz, verdanken. Raudnitz hat auf die Entstehung des Leidens bei Kindern hingewiesen, die, in dunkeln Zimmern aufwachsend, durch den Platz ihres Bettchens gezwungen sind, um etwas zu sehen, in ermüdender Weise nach der dürftigen Lichtquelle zu blicken und ihre Spielsachen in dieser Richtung zu fixieren.

Über diesen ätiologischen Faktor bleiben wir im vorliegenden Fall im Unklaren. Die Familie hat mehrfach Wohnung gewechselt, die gegenwärtige ist sehr düster, die früheren sollten es zum Teil gewesen sein. Über die Lichtverhältnisse in der entscheidenden Zeit der Krankheitsentstehung wissen wir nichts gewisses.

Für differentialdiagnostische Erwägungen bleibt wenig Spielraum. Den Zwangsbewegungen fehlt der konvulsivische Charakter des Tic. Stereotypie und Automatie meist schwerer imbeziller Kinder zeigen die charakteristischen Beziehungen zum Sehorgan nicht. Eine Veranlassung zu kongenitalem Nystagmus ergibt die Untersuchung des Auges nicht.

Sitzung vom 5. Februar 1907.

L. Tobler: **Über Magenverdauung der Milch.** Die allgemein geltende Auffassung verlegt auch für die Milch das Schwergewicht des Verdauungsvorganges in den Darm und betrachtet den Magen vorwiegend als Behälter, der die nur wenig vorbereitete Nahrung angemessen dosiert an den Darm weiterzugeben hätte. Untersuchungen des Mageninhaltes während der Verdauung getöteter Tiere, sowie des nach einer besonderen Methodik aus einer hoch sitzenden Duodenalfistel gewonnenen Verdauungsproduktes ergaben vollständig andere Resultate. Danach verläuft die Magenverdauung der Milch folgendermaßen: Nachdem innerhalb weniger Minuten die Labgerinnung eingetreten ist, wird in einer kürzeren ersten Verdauungsphase die Molke ausgetrieben, während der aus Kasein und Fett bestehende Rest ein ziemlich kompaktes oder breiig-gallertiges Gerinnsel bildet, an dem sich der Verdauungsakt sukzessive vollzieht. Eine Durchmischung dieses Rückstandes mit dem Magensaft findet nicht statt. Vielmehr sieht man nach Verfütterung von mit Lackmus blau gefärbter Milch an Gefrierschnitten durch den abgebundenen Magen, daß der Ballen von der Schleimhautoberfläche her allseitig angedaut wird. Die verflüssigten Massen werden durch die Magenperistaltik rasch schubweise entfernt. Gerinnsel passieren in der Regel den Pylorus überhaupt nicht. In diesem Verhalten liegt die Erklärung der uns bisher unverständlichen physiologischen Bedeutung des Labprozesses. Er ermöglicht dem Magensaft, dessen Absonderungskurve entgegen dem Verhalten bei Fleisch- und Brotnahrung erst in die 2. und 3. Stunde fällt, konzentriert auf sein Objekt einzuwirken.

Die widersprechenden Resultate, die Ausheberungen des Mageninhaltes liefern, erklären sich daraus, daß die Voraussetzung derselben, die gleichmäßige Durchmischung des Mageninhaltes, nicht besteht und daß es außerdem — wie sich an Röntgenbildern kontrollieren läßt — fast nie gelingt, den Magen quantitativ auszuhebern oder sogar auszuspülen.

Verfüttert man zunächst ein größeres Quantum gefärbter Milch und hernach in kurzen Pausen während einer Reihe von Stunden kleine, ungefärbte Portionen, so findet man die erstgereichte Portion von der Magenwand abgedrängt und von den späteren Portionen schichtweise umgeben; so gelangt die letztverabfolgte Menge zuerst zur Verarbeitung, während sich in der älteren Nahrung Zersetzungsvorgänge abspielen können.

Diskussion: Cohnheim, Magnus, Tobler.

Bogen: **Experimentelle Untersuchungen über psychische und assoziative Magensaftsekretion beim Menschen.** Die Versuche wurden an einem $3^1/_2$ Jahre alten Kinde gemacht, das an einer Ösophagusstenose infolge Laugenverätzung leidet, durch eine Magenfistel ernährt wird. Bei den Experimenten über psychische Magensaftsekretion wurde von Scheinfütterungsversuchen ausgegangen, dann zu solchen fortgeschritten, bei denen das Kind durch Vorhalten des Fleisches (oder Milch) gereizt wurde. Jedesmal erfolgte die Sekretion von Magensaft. Es gelang dann auch, eine noch reinere psychische Absonderung hervorzurufen, eine Magensekretion auf bloße Vorstellung des Fleisches hin, die in dem Kranken nur durch die entsprechende Unterhaltung erweckt wurde.

Die Experimente über assoziative Magensaftabscheidung wurden veranlaßt durch Versuche in Pawlows Laboratorium über assoziative Speichelsekretion an Hunden mit chronischen Speichelfisteln. Sie beruhen auf dem Grundgedanken, daß es nach einer Reihe kombinierter Reizungen gelingen müsse, durch einen inadäquaten Reiz allein, — also auf assoziativem Wege — Magensaftabsonderung hervorzurufen. Die Versuche begannen damit, daß zuerst lange Zeit ein natürlicher Erreger der Magensaftsekretion mit einem künstlichen kombiniert wurde: das Kind wurde scheingefüttert, während gleichzeitig stets ein bestimmter Ton auf einer kleinen Trompete geblasen wurde. Weitere Kombinationen waren dann das Vorhalten des Fleisches bei gleichzeitigem Blasen, ferner das Anreizen mit Worten und mit dem akustischen Reiz des Blasens. Fast alle Versuche fielen positiv aus und schließlich waren unter 9 Versuchen, in denen nur die Trompete angewandt wurde, 6 von einem positiven, 3 von einem negativen Resultat begleitet.

Die Latenzzeit wurde für Fleisch im Gesamtdurchschnitt zu $4^3/_4$ Minute, für Milch von 9 Min. gefunden; der HCl-Gehalt durchschnittlich zu 0,2% (so gering wegen ziemlich viel alkal. Magenschleims), Sekretmenge und Sekretionsdauer waren von der Art des voraufgegangenen Reizes abhängig, die Gesamtazidität betrug durchschnittlich 88,5.

Krayer: **Kurze Mitteilung zur Bakteriologie der epidemischen Zerebrospinalmeningitis.** Untersuchungen an drei an Genickstarre erkrankten Kindern über die Persistenz des Meningococcus intracellularis in der Zerebrospinalflüssigkeit. Der kulturelle Nachweis gelang im Fall I noch am 55., im Fall II noch am 60., im Fall III sogar noch am 163. und 173. Krankheitstage.

Für ein fast sicheres Wachstum auf Glyzerinagar schien es von wesentlicher Bedeutung, daß der Nährboden direkt aus der Punktionsnadel mit der Zerebrospinalflüssigkeit in einer Menge von 6—17 Tropfen bespült wurde. Der Grund wird in der Anwesenheit genuinen menschlichen Eiweißes ähnlich wie beim Aszitesagar vermutet.

Sitzung vom 26. Februar 1907.

L. Tobler: **Demonstration eines Falles von kongenitalen Kontrakturen der oberen Extremitäten.** Patient ist das 5. Kind gesunder Eltern, rechtzeitig ohne besondere Schwierigkeit geboren, 8 Wochen alt. Die Affektion, derentwegen es in die Kinderklinik Heidelberg gebracht wurde, wurde gleich nach der Geburt bemerkt. Den Eltern fiel eine eigentümliche gedrungene Haltung der Arme und eine verminderte Gebrauchsfähigkeit und Bewegungsfähigkeit derselben auf.

Das Kind wiegt 3320 g, ist dürftig entwickelt, leidet an einer subakuten Dyspepsie.

Die oberen Extremitäten befinden sich dauernd in einer für dieses Alter ganz besonders auffallenden Haltung: Die Arme sind adduziert und im Schultergelenk leicht einwärts rotiert, im Ellbogen stark gestreckt. Die Hände sind nahezu rechtwinklig volarwärts flektiert, in Flexion stehen auch die Finger, die Mittelfinger beiderseits etwas mehr als seine Nachbarn. Die Daumen sind stark adduziert und opponiert und im Metakarpophalangealgelenk leicht gebeugt; sie sind von der Dorsalseite her nicht sichtbar, kreuzen schräg die Handteller.

Die ganzen Arme scheinen etwas atrophisch; besonders dürftig entwickelt ist die Muskulatur am Oberarm. Nirgends fühlt sich die Muskulatur kontrahiert spastisch an. Lähmungen sind nicht nachweisbar; vielmehr werden die meisten Bewegungen aktiv spontan oder auf Reiz ausgeführt in den Grenzen, in denen sie nicht durch Widerstände behindert sind. Die elektrische Erregbarkeit ist erhalten. Das Wesen der Störung ergibt sich beim Versuch passiver Bewegungen, die in ausgedehnter Weise behindert sind: die Abduktion der Arme gelingt nur wenig, die Hebung nach vorn kaum bis zur Horizontalen. Noch stärker behindert ist die Beugung im Ellenbogen; hier sind nur geringe Exkursionen möglich, bevor man auf einen starken, nicht überwindbaren Widerstand stößt. Die Klumphandstellung und die Kontraktur der Finger läßt sich mit mäßiger Kraftanwendung überwinden, in besonders starker, federnder Kontraktur ist der Daumen fixiert. Pronation und Supination sind unbehindert.

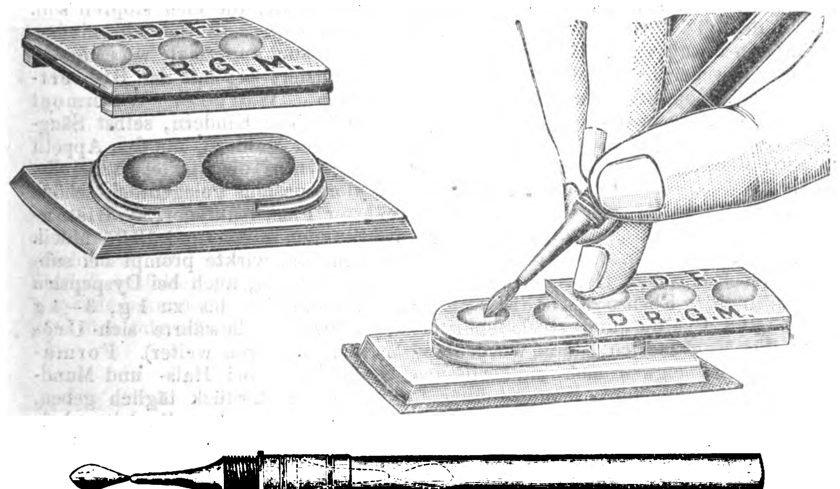
Der übrige Körper ist normal gebildet, insbesondere auch die unteren Extremitäten. Das Skelett scheint überall, auch am Arm ohne Defekt zu sein.. Nervöse Störungen sind nicht nachweisbar, die geistige Entwicklung entspricht dem Alter.

Es handelt sich um kongenitale Kontrakturen der oberen Extremitäten in fast allen Gelenken ohne Knochendefekte, wie sie als kongenitale Mißbildung in wenigen, seltenen Fällen beschrieben sind.

Zur Erklärung des Zustandes sind wohl in Fällen wie dem hier mitgeteilten in erster Linie mechanische Momente während der fötalen Entwicklung heranzuziehen. Der Zustand ist einer frühzeitig beginnenden, orthopädischen Behandlung nicht unzugänglich.

IV. Therapeutische Notizen.

Das Original-Impfmesser mit Platin-Iridiumklinge nach Kreisarzt Dr. Lindenborn, angefertigt von L. Dröll, Frankfurt a. M., habe ich schon mehrfach in diesem



Blatte lobend erwähnt. Es hat mir auch in der vorjährigen Impfsaison die besten Dienste geleistet, so daß ich auch für die diesjährige die Herren Kollegen auf

dies billige (Mk. 3,50), äußerst dauerhafte, sehr bequem zu handhabende Messer (in 5 Sek. sterilisiert und erkaltet!) aufmerksam machen möchte. Die Firma fertigt jetzt auch ein ebenso praktisches, recht empfehlenswertes Lymphgefäß mit automatisch schließendem Deckel, ganz aus Glas, an (Mk. 2). In sehr einfacher Weise ist hier ein tadelloses Funktionieren gewährleistet. Der Deckel hat an zwei Seiten einen nach unten umgelegten Rand, um den ein dünner Gummifaden gelegt wird. Die rechte Hand, die die Impfnadel hält, schiebt mit der Ringfingerspitze den Deckel horizontal zurück, taucht ein und läßt den Deckel frei, der sofort durch den Gummifaden in seine, die Schale schließende Lage zurückkehrt. Zur näheren Kenntnis die beifolgenden Abbildungen. Grätzer.

Therapeutisches aus der pädiatrischen Praxis veröffentlicht Dr. R. Wohrizek aus H. Neumanns Kinderpoliklinik (Berlin), indem er über Erfahrungen mit einigen Nähr und Genußmitteln, internen und externen Präparaten berichtet. Sanatogen gab er bei größeren Kindern zur Bekämpfung der bei Skrofulose häufigen Appetitlosigkeit und konnte mit 3—4 Teelöffeln pro die einen gewissen Erfolg erzielen. Recht nützlich erwies sich Sanatogen bei Säuglingen. Sonst gesunde Brustkinder, die ohne organischen Grund im Gewicht stehen blieben, nahmen mehrfach bei Verabreichung von 3 mal ½ Teelöffel im Tage während der nächsten Wochen rapide an Gewicht zu und tranken besser an der Brust. Ferner wurde Sanatogen häufig bei Kindern gegeben, denen wegen der Gefahr tetanoider Krämpfe für einige Zeit die Milch entzogen werden mußte. Der Ersatznahrung, die hauptsächlich aus Kohlehydraten mit etwas Öl oder Butter bestand, wurde gern Sanatogen (3 mal täglich ½—1 Teelöffel) zugefügt. Schließlich wurde Sanatogen Säuglingen mit chronischen Erkrankungen gereicht, was anscheinend auf das Körpergewicht günstig einwirkte. Soxhlets Nährzucker ist ein guter Ersatz für Rohr- oder Milchzucker und kann der verdauenden Schleimsuppe in einer Menge bis zu 10 % zugefügt werden. Bei akuten Darmstörungen kann man bald nach ihrem Abklingen Schleim mit 5 %, dann mit 10 % Nährzucker geben. Bei Kindern, welche die Milch nicht vertragen, kann man oft mit großem Nutzen unter Verminderung der Milch die Nährzuckerschleimsuppe hinzufügen und hierdurch der Nahrung einen genügenden Nährwert geben. In der Milchküche der Säuglingsfürsorgestelle I wird für schwächliche Säuglinge gewöhnlich die Nahrung durch eine Mischung aus Milch, Schleimsuppe und 3 % Mehl, 3 % Rohrzucker und 30 %iger Nährzuckerlösung im geeigneen Mengenverhältnis hergestellt. Den Nährzucker ohne Zusatz von Salzen verwandte W. jenseits des Säuglingsalters statt des Rohrzuckers bei allen Ernährungsstörungen und Darmkrankheiten, in denen reichliche Ernährung angezeigt ist, die eher stopfen soll. Er wird dem Tee, Kakao, den Breien, Obstsäften usw. z. B. bei chronischen Darmkatarrhen zugesetzt. Buttermilchkonserven sind angezeigt, wo es an zuverlässiger frischer Buttermilch fehlt und solche indiziert ist; mit der Biedert-Selterschen Konserve war W. immer zufrieden. Wormser Weinmost (Lampe & Co.) kann als völlig alkoholfreies Genußmittel Kindern, selbst Säuglingen gegeben werden (tee- bis eßlöffelweise) vor jeder Mahlzeit, um den Appetit anzuregen und als leicht abführendes Mittel. Pegninmilch wirkte oft bei Erbrechen der Säuglinge zauberhaft. Auch bei Pylorospasmus gelegentlich schöne Erfolge, ebenso bei Dyspepsien stark unterernährter Flaschenkinder. — Bismutose wurde in Schüttelmixtur bis zu 1 g in 3 Stunden (Bismutose 10,0, Mucil. Gumm. arab. 10,0, Aq. dest. 100,0) gut genommen und wirkte prompt bei subakuten und chronischen Darmstörungen der Flaschenkinder, auch bei Dyspepsien der Brustkinder. Ebenso Tannin. albuminat. (stündlich bis zu 1 g, 3—4 g pro die). Bei Pyelitis und Pyelonephritis der Säuglinge bewährte sich Urotropin (bis ¾ g täglich, dann wochenlang in kleinen Dosen weiter). Formaminttabletten eignen sich zur örtlichen Desinfektion bei Hals- und Mundentzündungen; man kann Kindern über 1 Jahr bis zu 12 Stück täglich geben. Purgen erwies sich als gutes Abführmittel, das nie unangenehme Begleiterscheinungen machte. Thiocol bewährte sich bei akuten und chronischen Bronchialkatarrhen, ebenso bei subakuten und chronischen Pneumonien; bei Pneumonien mit hohem Fieber und starker Dyspnoe wurde erst Kampfer ordiniert, Thiocol erst nach Ablauf der schweren Erscheinungen. Digalen wurde in einigen Fällen (Herzfehler, Pneumonie) mit sichtlichem Erfolg verabreicht. — Von äußeren Medikamenten kam Vasenol bei Ekzemen zur Verwendung. Durch Einstäuben und sanftes Verreiben des Vasenolpuders mehrmals am Tage wurde in kurzer Zeit

Trockenheit und Abblassung erzielt. Genügt diese Behandlung nicht, so versuche man Naftalan (1:2—3 Vaselin), das auch juckmildernd wirkt. Noch mehr tut dies Tumenol (5%ige Paste), das namentlich bei allen subakuten und chronischen Ekzemen, besonders aber beim Gesichtsekzem der Säuglinge rasch heilenden Einfluß ausübte. Euguformpulver leistete gegen die Schweiße der Rachitiker gute Dienste. (Die Therapie der Gegenwart, März 1907.)

Bromural, ein neues Nervinum (Knoll & Co., Ludwigshafen), α-Bromisovalerianylharnstoff, wandte Dr. Th. Runck (Mundenheim) mit bestem Erfolge auch in der Kinderpraxis an. Das Präparat ist frei von narkotischer Wirkung, es schafft aber rasch Beruhigung und Schlaf. Es fiel auf, daß Kinder und Säuglinge von eingen Wochen verhältnismäßig große Dosen vertrugen, ohne die geringste Störung von seiten des Magens oder der Ausscheidungsorgane zu zeigen. Auffallend war auch die oft überraschende Wirkung, wenn es galt, einer schweren Unruhe — Krämpfen — selbst Eklampsie zu steuern, besonders wenn zuvor alle Hilfsmittel versagt hatten und man sich scheute, zu einem Narkotikum, zu greifen. Säuglinge erhielten 2—3 mal täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Tablette (à 0,3), Kinder von 4 Jahren an schon 1 Tablette auf einmal. Ein 14 Monate altes Kind bekam von der Mutter statt $^1/_2$ Tablette eine ganze, ohne irgendeinen Schaden zu nehmen. Auch wo der Schlaf durch Husten, Spasmus glottidis, Fieber, Dyspepsie u. dgl. gestört wurde, brachte Bromural Beruhigung und Schlaf.
(Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 15.)

Die Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung würdigt Dr. R. Müller (Elberfeld). Protargol regt mächtig die Epithelregeneration an. M. hat eine Reihe von Fälle behandelt, bei denen so große Epitheldefekte vorlagen, daß deren Heilung ohne Transplantation völlig aussichtslos schien, die jedoch ohne Operation, nur unter Protargolsalbenverbänden glatt heilten. Wo es sich darum handelt, oberflächliche Epitheldefekte zur Heilung zu bringen, da wirkt Protargolsalbe geradezu spezifisch. Bei flachen Hautabschürfungen, auch ganz großen Hautabschälungen bewährte sie sich ausgezeichnet, ebenso bei Verbrennungen, wenn sie nach Abstoßung der Schorfe appliziert wurde. Ein $5^1/_2$ jähr. Kind verbrühte sich schwer das ganze linke Bein, so daß die Haut überall in Fetzen herabhing; Behandlung mit 5%iger, später 10%iger Protargolsalbe ergab ein glänzendes Resultat nach 4 Wochen. Gleicher Effekt bei einer Verätzung des ganzen Gesichts und Halses durch konzentrierte Schwefelsäure bei einem Arbeiter. Die Salbe muß freilich sorgfältig hergestellt werden nach der Formel:

Rp. Protargol. 3,0 solv. in
Aq. dest. frig. 5,0 misc. c.
Lanolin. anhydr. 12,0 adde
Vaselin. flav. 10,0.

Sie wird allmählich bräunlich, aber dies Nachdunkeln hat nichts zu bedeuten.
(Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.)

Einen Beitrag zur Anwendung des Wismuts und der Bismutose bei Magendarmleiden liefert D. J. Kuck (Wiesbaden). Er weist darauf hin, wie sich die Bismutose (Kalle & Co., Biebrich) bei Ulcus ventriculi bewährt hat, wie günstig sie auf die entzündete und ulzerierte Darmschleimhaut einwirkt, wie sie speziell bei Darmgeschwüren und Blutungen bei Typhus, bei tuberkulösen Durchfällen günstigen Einfluß entfaltet. Sehr bewährt hat sie sich bei den Störungen des kindlichen Magendarmkanals. Als geeignete Form der Verordnung für kleinere Kinder erwies sich folgende Vorschrift:

Rp. Bismutose
Mucil. Gumm. arab. $\overline{aa}$ 30,0
Aq. dest. ad. 200,0
M. D. S. stündlich 1—2 Kaffeelöffel.

Nach Nathan ist es am einfachsten und billigsten, die Tagesmenge (ca. 6 g) in 30 ccm einer dünnen Haferschleimmischung zu mengen und davon dem Säugling zweistündlich nach kräftigem Umschütteln der Flasche etwas angewärmt 1 Teelöffel zu geben. Bei schwer dyspeptischen Kindern und bei solchen mit Enteritis acuta wurden zunächst die akuten Symptome bekämpft (Teediät, Darmirrigation, Ol. Ricini, auch kleine Kalomeldosen) und am 3. oder 4. Tage mit Bismutose-

darreichung begonnen. Bei 2—5 jähr. Kindern, die teilweise schon seit Wochen dünne Entleerungen hatten, wurde durch Bismutose (stündlich eine gehäufte Messerspitze) nach kurzer Zeit Besserung erreicht. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 10.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. Durch Ministerialerlaß ist den Kuratorien der **Fachschulen** anempfohlen, in geeigneter Form zu Beginn des Schuljahres durch den Schularzt auf die **Gefahren des Geschlechtsverkehrs** hinweisen zu lassen.

— Das Kgl. Provinzial-Schulkollegium hat verfügt, daß bei jüngeren Schülern das **Höchstgewicht der Schulmappen** etwa den achten, bzw. den neunten Teil des Körpergewichts nicht überschreiten soll. Ferner sollen, um seitliche Rückgratverkrümmungen zu vermeiden, die Mappen auf den Rücken getragen werden. Auch ist für die größeren Schüler möglichst ausgiebige Beteiligung an Ruderübungen zu empfehlen.

— Der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege hat bei einer Reihe Kommunalverwaltungen (Schöneberg, Charlottenburg, Wilmersdorf) beantragt, **Schulärzte auch an den höheren Lehranstalten**, insbesondere auch an den Mädchenschulen, anzustellen.

— Um Mittel zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Tuberkulose** und anderer Seuchen zu beschaffen, werden sogenannte **Wohlfahrtsmarken** mit dem Bilde der Kaiserin und der Prinzessin Viktoria Luise zum Preise von 5 Pf. ausgegeben.

— In der Generalversammlung des **Vereins zur Errichtung eines Säuglingskrankenhauses** am 20. April wurde über die vom Verein unterhaltenen beiden Kliniken (Invalidenstraße und Weißensee) berichtet. Ihr großer Zuspruch hat die Heranziehung einer Reihe von Spezialärzten (Dr. Stettiner, Chirurgie; Dr. Deus, Augenheilkunde; Privatdozent Dr. Haike, Ohrenkrankheiten; Dr. Scheier, Hals- und Nasenkrankheiten) erforderlich gemacht; auch ist ein eigener Schwesternverband für den Dienst in den Kliniken gegründet. Die Gemeinde Weißensee unterstützt das Unternehmen, und Berlin überweist arme kranke Säuglinge dorthin.

— Prof. Dr. Arthur Hartmann schied mit Übernahme der Leitung der Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke am Rudolf-Virchow-Krankenhause am 1. April aus seiner Stellung in der Städtischen Schuldeputation aus. Zum Vorsitzenden der Freien Vereinigung der Berliner Schulärzte wurde San.-Rat Dr. Paul Meyer, zum Ehrenvorsitzenden Prof. Hartmann gewählt.

Freiburg. Prof. Dr. Hirsch (Leipzig) hat den Ruf als o. Professor und Direktor der medizinischen Poliklinik und des Hilda-Kinderhospitals angenommen.

Jena. Als Nachfolger von Prof. Dr. Dietrich Gerhardt wurde Prof. Dr. med. Paul Krause, Privatdozent und Oberarzt an der medizinischen Poliklinik in Jena betraut und ihm zugleich das Extraordinariat für innere Medizin verbunden mit einem Lehrauftrag für Kinderkrankheiten übertragen.

Erlangen. Der a. o. Professor an der Universität Marburg Dr. Oskar de la Camp wurde zum o. Professor der medizinischen Poliklinik, der Kinderheilkunde und der Pharmakologie in der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen sowie zum Direktor des Pharmakologisch-Poliklinischen Instituts und der Kinderklinik der Universität Erlangen ernannt.

Düsseldorf. **Orthopädische Turnkurse** sollen für die städtischen Mädchenschulen unentgeltlich eingerichtet werden.

Dresden. Dr. Rietschel, Oberarzt an der Berliner Universitätskinderklinik, ist zum Leiter des Säuglingsheims gewählt.

Christiania. Die Gesellschaft der Wissenschaften ernannte Prof. Heubner (Berlin) zum auswärtigen Mitglied.

Gestorben: Dr. Hutzler, leitender Arzt des Gisela-Kinderspitals in München. Derselbe hat einige Zeit auch für unser Blatt referiert. — Wirkl. Geh.-Rat Dr. Hirsch in St. Petersburg.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Juli 1907. No. 7.

I. Originalbeiträge.

Ein diagnostisch interessanter Fall.[1])

Von

J. Trumpp (München).

Im November 1906 wurde ich zu einem Fall gerufen, dessen Diagnose mir lange Zeit erhebliche Schwierigkeiten machte. Es handelte sich um ein 2—3 Wochen zu früh geborenes Kind mit einem Anfangsgewicht von ca. 5 Pfund, das zur Zeit meines ersten Besuches gerade 4 Wochen alt war. Erstes Kind angeblich gesunder, erst 1 Jahr lang verheirateter Eltern. Tuberkulose, Lues, hämorrhagische Diathese in der ganzen Aszendenz negiert. Wegen Wehenschwäche der Mutter und Herzschwäche des Kindes war von dem Geburtshelfer die Zange angewendet worden. In den ersten 3 Wochen hatte das Kind die spärlich fließende Mutterbrust, dann auf Anraten des Geburtshelfers Zwiemilchnahrung erhalten. Einen Tag vor meinem ersten Besuch war die Brust völlig versiegt, und erhielt das Kind in den folgenden Wochen nur künstliche Nahrung: Milch mit Schleim, kurze Zeit rohe Milch, später alkalisierte Buttermilch mit Schleim. Das Kind war in den ersten 4 Lebenswochen trotz eifriger Bemühungen der Mutter und des Arztes schlecht gediehen, auf seinem Anfangsgewicht stehen geblieben. Bei Brustnahrung hatte es 5—6 mal täglich dünnflüssigen Stuhl, bei Zwiemilchnahrung Verstopfung und Blähungen.

Das plötzliche völlige Versiegen der Brust erklärt die Mutter mit einer heftigen Gemütsbewegung. Sie hatte nämlich am Abend vor meinem Besuche den ersten halbstündigen Ausgang gewagt und danach das Kind jämmerlich weinend angetroffen. Sie vermutete, daß die etwas derbe unbeholfene Magd das Kind verletzt habe, konnte aber keine Aufklärung erhalten und beruhigte sich wieder, da das Kind bald einschlief und sich die ganze Nacht über ruhig verhielt. Am andern Morgen beim Umlegen des Kindes bemerkt sie, daß dessen linker Oberschenkel geschwollen war und blaue Flecke wie von Schlägen aufwies.

Ich erhob am 18. November 1906 folgenden Befund: Graziles, für sein Alter zu kleines Kind mit blasser, aber reiner Haut und blassen Schleimhäuten, schlechtem Turgor, etwas aufgetriebenem und

[1]) Nach einem Vortrag in der Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde am 15. Februar 1907.

mäßig gespanntem Bauch, gut verheiltem Nabel. Keine Rhagaden an Mund und After, keine Koryza, keine Schwellung von Milz und Leber. Brustorgane ohne Befund. Inguinal- und Axillardrüsen stecknadelkopf- bis linsengroß.

Die Arme und das rechte Bein führen normale Bewegungen aus; das linke Bein verharrt in Ruhe, nur der Fuß weicht auf Kneipen des Unterschenkels und Kitzeln der Fußsohle dorsalwärts leicht zurück. Linker Ober- und Unterschenkel sind flektiert, der Unterschenkel liegt dem Oberschenkel auf. Der Versuch passiver Streckung mißlingt, stößt auf Widerstand und löst heftiges Geschrei aus. Der Oberschenkel ist auf der Beugeseite stark geschwollen und zwar so vorgewölbt, daß man beim bloßen Anblick glauben könnte, eine Fraktur des Femur mit stark ad axin dislozierten Bruchenden vor sich zu haben. Die Haut ist über der Mitte der Geschwulst blaß, in deren Peripherie so reichlich mit unregelmäßig gruppierten, stellenweise konfluierenden injizierten Gefäßen durchsetzt, daß von weitem der Anschein subkutaner Blutung erweckt wird. Die Palpation ergibt, daß weder Krümmung noch Knickung, noch Bruch des Femur vorliegt, sondern ein der oberen Diaphysenhälfte ziemlich fest aufsitzender, praller, sehr schmerzhafter Tumor. Die Haut ist darüber nur wenig verschieblich. Linker Unterschenkel und Fuß sind in toto etwas geschwollen.

Der Hausarzt und ich sind ziemlich fest davon überzeugt, daß ein Trauma mit konsekutiver freiwilliger Lähmung vorliegt; da wird am Abend desselben Tages das Auftreten einer ähnlichen Affektion am linken Vorderarm konstatiert. Der Arm, der noch am Morgen keinerlei auffallende Veränderung gezeigt hatte, wird nicht mehr nach Säuglingsart in der Höhe des Kopfes gehalten, sondern in Beugestellung zur Brust gesenkt, und an diese angepreßt. Der Vorderarm ist proniert, in toto, besonders aber an der Ellbogenepiphyse geschwollen und sehr schmerzempfindlich. Die Haut über der Geschwulst unverändert. Die linke Hand hängt schlaff herab. Berührung des Vorderarmes und passive Bewegungen sind aber sehr schmerzhaft, Supination, Streckung und Abduktion nur in sehr geringem Grade ausführbar; der Arm federt sofort in die alte Stellung zurück. Dabei führt das Kind mit dem rechten Arm und Bein Abwehrbewegungen aus, die lebhaft gegen die Unbeweglichkeit der ganzen linken Seite kontrastieren.

Temperatur weder jetzt noch in der nächsten Folgezeit erhöht, Appetit ziemlich rege, Stuhl immer noch etwas angehalten. Häufiger Abgang von Flatus. Außer bei den Untersuchungen verhält sich das Kind völlig ruhig.

Der Gedanke an ein Trauma wird fallen gelassen und die Möglichkeit von luetischen Knochen- bzw. Gelenksaffektionen erwogen.

Andern Tages wird das Kind mit Röntgenstrahlen beleuchtet und eine Anzahl Aufnahmen der Extremitäten gemacht. Weder auf dem Schirm noch auf den Platten werden Anhaltspunkte für das Bestehen einer krankhaften Veränderung der Knochen gefunden, insonderheit weder periostale Auflagerungen noch Auftreibungen der Knochenenden, keine Irregularität der Verkalkungszone. Die Knochen beider

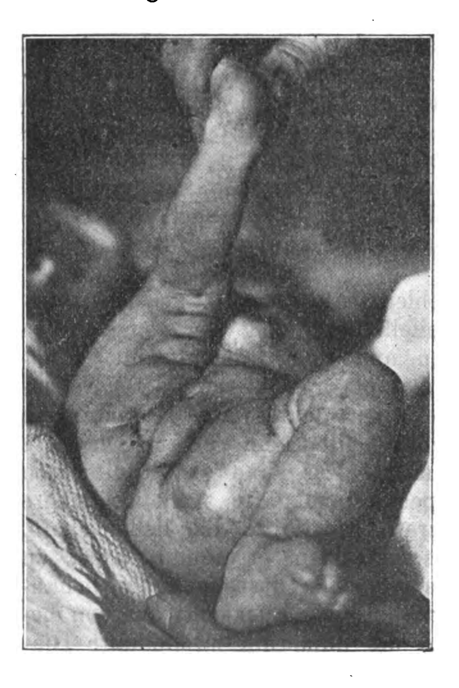
Seiten erscheinen gleich. Die Platten sind allerdings nicht sehr scharf ausgefallen, was auf zufällig ungenügende Assistenz und die große Unruhe des beständig jammernden Kindes zurückzuführen ist. Eine nochmalige Aufnahme war aus verschiedenen äußeren Gründen bisher nicht möglich. Die mangelhafte Schärfe der Röntgenaufnahmen gestattete demnach keine Präzisierung der Diagnose. Der einzig sichere Ausschluß gröberer Veränderungen sprach aber noch nicht gegen Lues, da die Erscheinungen luetischer Lähmungen, Parrotscher Pseudoparalyse, auch bei isolierten luetischen Muskelentzündungen beobachtet werden.

Für Lues sprach: das plötzliche Auftreten der Schwellungen, besonders auch die Lokalisation der einen Geschwulst in der Umgebung des Ellbogengelenkes, ferner der für hereditäre Lues charakteristische Typus der Lähmung, paralytische Lähmung an der oberen, spastische Lähmung an der unteren Extremität. Der Arm zeigte diejenige Haltung der Parrotschen Pseudoparalyse, die man als „Unterarmtypus" zu bezeichnen pflegt, nämlich die Erscheinungen des Klumpkeschen Typus der unteren Plexuslähmung mit Ausnahme ausgebreiteter Sensibilitätsstörungen und okulo-pupillärer Symptome. Für Lues sprach weiter, daß das Kind eine Frühgeburt, von Hause aus anämisch und schlecht gediehen ist. Verdächtig ist auch die Anämie des Vaters.

Gegen Lues sprach: das Fehlen jeglicher sonstigen Lues verdächtiger Symptome und der zweifelhafte Erfolg der eingeleiteten spezifischen Therapie (lokal wurden außerdem Fomente mit essigsaurer Tonerde und später Kamillenkataplasmen angewendet). Nebenbei mag bemerkt sein, daß der Vater eine Infektion aufs Bestimmteste in Abrede stellte, und auch der Geburtshelfer keine für die Diagnose Lues brauchbaren Anhaltspunkte hatte. Das Kind entwickelte sich weiterhin sehr schlecht, wurde appetitlos, magerte stark ab, zeigte fahle Hautfarbe und lebhafte Perspiratio sensibilis. Ich ließ deshalb, als ich am 12. Dezember 1906 das Kind zum erstenmal wieder zu Gesicht bekam und auf dringendes Ersuchen des bis dahin behandelnden Frauenarztes dauernd übernahm, mit Rücksicht auf den bedrohlichen Zustand des Kindes und die immerhin zweifelhafte Diagnose die spezifische Behandlung aussetzen, trotzdem während derselben eine lokale Besserung eingetreten war. (Daß diese Besserung nicht auf der Hg-Wirkung beruhte, scheint mir der weitere Verlauf zur Genüge erwiesen zu haben.) Die Geschwulst am Oberschenkel war bis auf eine undeutlich abgrenzbare, mäßig derbe Infiltration der Weichteile zurückgegangen, der linke Fuß wurde spontan bewegt, der Unterschenkel lag aber noch unbeweglich dem gleichfalls untätigen und noch stark flektierten Oberschenkel auf. Die Schmerzhaftigkeit war geringer geworden, doch wurde passiver Streckung des linken Beines noch deutlicher Widerstand entgegengesetzt. Die Hautgefäßinjektion bestand noch ebenso stark fort. Der linke Arm zeigte noch größere Fortschritte zur Besserung. Er wurde wieder in normaler Weise in die Höhe gehalten, Ober- und Vorderarm sowie die Hand führten spontane, wenn auch noch gehemmte Bewegungen aus. Vom Tumor war nur eine mäßige, nicht mehr sehr schmerzempfindliche

Verdickung der Weichteile und Verbreiterung des Ellbogengelenkes zurückgeblieben. Bemerkenswert war die Stellung der Hand, welche die Form der main d'accoucheur angenommen hatte und hartnäckig festhielt. Eine Verstärkung des Phänomens durch Kompression des Brachialplexus war nicht zu erzielen, ebensowenig fanden sich sonstige Anzeichen nervöser Übererregbarkeit, Fazialisphänomen usw. Am 11. Dezember 1906 hatte sich plötzlich Hernia umbilicalis entwickelt, die in wenigen Tagen Zweimarkstückgröße erreichte. Am 13. Dezember trat linksseitige Hernia inguinalis auf, mit starker Blaufärbung der Hautdecke.

Während die verschiedenen Geschwülste auch ohne spezifische Behandlung sich allmählich weiter zurückbilden, und die Beweglichkeit der linksseitigen Extremitäten sehr langsame aber doch deutlich konstatierbare Fortschritte zeigt, tritt am 27. Dezember 1906 plötzlich eine neue Geschwulst auf, und zwar diesmal auf der Streckseite der linken Oberschenkeldiaphyse. In 24 Stunden nimmt sie dermaßen zu, daß sie die ganze Streckseite des Oberschenkels bis über das Tuber ischii einnimmt, und der linke Oberschenkel fast doppelt so großen Umfang erreicht wie der rechte Oberschenkel.



Maße:

Rechter	Oberschenkel	14,3
Linker	„	25,0
Rechter	Unterschenkel	10,5
Linker	„	11,0
Rechter	Vorderarm	8,7
Linker	„	9,5.

Die Hautdecke des neuen Tumors ist gespannt, glänzend, zentral abgeblaßt, peripher leicht gerötet und von überaus zahlreichen Venektasien durchzogen. Der anfangs ziemlich pralle, später mehr teigige Tumor ist, wie die früheren Geschwülste, sehr druckempfindlich. Auffallend ist die mit dem Schreien und Pressen des Kindes synchrone Spannung bzw. Entspannung der Geschwulst, die so regelmäßig und mit so starkem Ausschlag erfolgt, daß man fast versucht sein könnte, an eine direkte Kommunikation mit der Bauchhöhle zu denken. Da eine Reposition nicht möglich ist, kann es sich aber nur um Fortpflanzung des intraabdominalen Druckes durch die Fascia obturatoria hindurch auf einen zwischen die Muskulatur des Oberschenkels erfolgten Flüssigkeitserguß handeln.

Das Abdomen selbst ist nicht besonders aufgetrieben oder gespannt, auch nicht druckempfindlich, ein Erguß in demselben nicht nachweisbar. Leber und Milz wie früher nicht vergrößert. Die Inguinaldrüsen eben fühlbar.

Welcher Art konnte nun dieser Erguß sein, der sich so plötzlich innerhalb weniger Stunden entwickelte? Eine luetische Affektion dieser Art war mir unbekannt. Ich ließ deshalb die Diagnose Lues gänzlich fallen.

Vergegenwärtigen wir uns die Hauptsymptome des Krankheitsbildes:

1. Hochgradige Blässe der Haut und Schleimhäute, die bei dem Auftreten des neuen Tumors noch intensiv, fast bis zu Leichenblässe zunimmt.

2. Schmerzhafte Schwellung und Auftreibung zweier Extremitäten mit solcher Schmerzhaftigkeit der Bewegung, daß offenbar freiwillige Lähmung besteht. Teigige Konsistenz der Geschwülste, deren Hautdecke gespannt und glänzend ist.

3. Mäßiges ephemeres Fieber beim Auftreten der neuen Geschwulst, weiterhin irreguläres Verhalten der Temperatur: fieberhafte Zeiten wechseln ab mit normaler Temperatur.

4. Chronischer Verlauf der ganzen Affektion.

Man möchte fast sagen, bis auf das Fehlen der Zahnfleischaffektion und der charakteristischen Veränderung der Sternalpartie des Thorax das typische Bild eines Morbus Barlow.

Man kann einwenden, daß das Kind beim Auftreten der ersten Geschwulst erst 4 Wochen alt war. Nun der jüngste, von Crandall beschriebene Fall von Morbus Barlow, war auch erst 6 Wochen alt. Daß die erste Attacke auftrat, als das Kind noch Muttermilch erhielt, ist auch nicht absolut gegen die Diagnose verwertbar, denn unter 472 bis zum Jahre 1904 publizierten Fällen von Morbus Barlow befanden sich 20 Fälle von Brustkindern (beobachtet u. a. von Soltmann und Pott). Das Fehlen jeglicher Mundschleimhaut- und Zahnfleischaffektion, das von mir von allem Anfang konstatiert wurde, ist beim Morbus Barlow noch zahnloser Säuglinge die Regel. Die Veränderung der Sternalpartie des Thorax wird auch bei durchaus einwandsfreien Fällen von Morbus Barlow zuweilen vermißt.

Es ist aber zu bemerken, daß das im November 1906 angefertigte Röntgenbild weder eine Affektion der Knochen noch des Periosts, vor allem weder Kontinuitätstrennung noch subperiostale Blutungen hatte erkennen lassen. Ob freilich der Röntgenbefund jetzt der gleiche gewesen wäre, läßt sich ja nicht behaupten, und ich muß zugeben, daß bei der Untersuchung des Vorderarmes in dieser Zeit einmal ein unbestimmtes knackendes Geräusch in der Gegend des immer noch verdickten Ellbogengelenkes vernehmlich war. Gegen das Bestehen einer Epiphysenlösung schien mir aber die fortschreitende Beweglichkeit der oberen Extremität zu sprechen, welche bereits nach 6 Wochen eine Streckung bis zu einem Winkel von 130° ermöglichte.

Ein Spezialkollege, dem ich den interessanten Fall vorführte, hielt immerhin die Diagnose Morbus Barlow nicht für absolut ausgeschlossen, zog aber auch die Möglichkeit der Hämophilie in Betracht. Dafür ließen sich nun anamnestisch auch nicht die geringsten Anhaltspunkte gewinnen.

Daß auch Morbus Barlow auszuschalten ist, geht aus der Unwirksamkeit der Verabreichung roher Milch, besonders aber aus der weiteren Entwicklung des Falles hervor. Bis zum 9. Januar 1907 traten nämlich neben dem Haupttumor noch drei weitere Geschwülste

auf, eine wallnußgroße über dem linken Trochanter und zwei kirschgroße in der Regio iliaca sinistra. Der Haupttumor fing an zu fluktuieren, und wurde nach vorausgegangener Punktion, die grünen, rahmigen, homogenen Eiter ergab, eröffnet. Dabei entleerten sich in weitem Strahl ca. 100 g Eiter. Nach Eröffnung dieses Abszesses verschwanden auch die Metastasen über dem Trochanter und in der Regio iliaca. Die mäßig fieberhafte Temperatur sank auf die Norm herab; gleichzeitig fiel aber auch das Körpergewicht, das erst vom 24. Januar 1907 an unter Buttermilch wieder anstieg.

Damit ist das Kind noch nicht von seinem Leiden erlöst. Während der Haupttumor sich langsam zurückbildet, tritt am 24. Januar eine erneute derbe Infiltration der oberen Hälfte der Außenfläche des linken Oberschenkels auf. Schon 2 Tage später nimmt sie wieder ab, dafür zeigt sich abermals eine teigige, kugelige Anschwellung über dem linken Trochanter, eine weitere wieder in der Regio iliaca sinistra, und eine dritte $2^1/_2$ Querfinger unterhalb des linken Tuber ischii. Erstere wurde am 15. Februar inzidiert und entleerte reichlich rahmigen Eiter.

Wie ist das Krankheitsbild, das Auftreten dieser multiplen Geschwülste, Abszesse, zu deuten?

Ich habe bisher eine wichtige Angabe verschwiegen. Wie bemerkt war das Kind sr. Zt. mit der Zange geholt worden. Dabei aquirierte es nun offenbar eine leichte Erosion am Hinterhaupt, die sich weiterhin zu einem Geschwürchen entwickelte, das selbst nach 4 Wochen noch nicht verheilt war und jetzt eine prominente livide Narbe hinterlassen hat. Dies Moment in Verbindung mit der gemachten Erfahrung, daß die Geschwülste offenbar nichts weiter waren als Metastasen von Eiterherden, ist wohl geeignet, dem Fall eine ziemlich sichere Deutung zu geben und zwar als metastasierende Sepsis, als Pyämie. Dafür spricht: das Alter des Kindes, mit dem spezifisch disponierenden Moment der Frühgeburt; das Bestehen einer nachweislichen Eintrittspforte für Bakterien, der plötzliche Beginn der Erkrankung, die Eitermetastasen und die komplizierende Affektion des Ellbogengelenkes, der Nachweis von Streptokokken im Eiter, die Anämie, das irreguläre Fieber. Der Harn enthält Spuren von Eiweiß, keinen Zucker (im Gegensatz zu Lues hered.). Das Blut zeigt merkliche Schwergerinnbarkeit; mikroskopisch: Verminderung der Erythrozyten 4·200·000, für das frühe Säuglingsalter normale Zahl der Leukozyten 9200, aber mit Überwiegen der polynukleären Formen gegenüber den mononukleären; zahlreiche Körner, wie sie bei Sepsis gefunden und auf Zerfall roter Blutkörperchen zurückgeführt werden.

Bakterien im Blute nachzuweisen war mir nicht möglich, der elende Zustand des Kindes verbot die Vornahme einer Venaepunktio oder Venaesektio. Da somit der Hauptbeweis für Sepsis fehlt, so stelle ich nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Sepsis auf. Zu meiner Freude hat mir das Kind keine Gelegenheit mehr geboten, etwa durch die Autopsie, die Diagnose zu bestätigen. Es wurde am 1. März an die Brust einer Amme gebracht und ist nach langsamer Reparation all seiner Schäden im Begriff, sich körperlich und geistig völlig normal zu entwickeln. München, April 1907.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

A. W. Bruck und **Lilli Wedell**, Stoffwechselversuche bei keuchhustenkranken Kindern. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1907.) Die Verff. gelangen zu nachstehenden Schlußfolgerungen:

„Die Tagesmengen des ausgeschiedenen Harnes waren fast in sämtlichen Fällen sehr gering, zum Teil sicher eine Folge der mangelhaften Appetenz. Daraus erklärt sich ohne weiteres das hin und wieder beobachtete relativ hohe spezifische Gewicht. Hierin eine Besonderheit des Pertussis-Harnes erblicken zu wollen, liegt kein Grund vor. Ebensowenig ließ sich eine konstante Harnsäurevermehrung nachweisen. Gerade in den Fällen, in denen vegetabilische und purinfreie Kost verabfolgt wurde, sind die Harnsäurewerte außerordentlich niedrig. Harnsäurewerte um 0,6 herum, die wir als relativ hoch bezeichnen dürfen (die Harnsäureausscheidung beträgt bei vegetabiler und purinfreier Kost beim Erwachsenen etwa 0,25 bis 0,6; bei gemischter Kost 0,5 bis 1,0) sind äußerst selten.

Gärungsfähigen Traubenzucker konnten wir niemals nachweisen, auch versagte die feinste und sicherste Zuckerprobe, die Fischersche Osazonprobe, stets. Die Fehlingsche Probe war immer negativ, hingegen die Nylandersche manchmal positiv. Auf welchen Stoffes Anwesenheit dieser positive Ausfall zu beziehen ist, muß dahingestellt bleiben, zumal über den Wert der letztgenannten beiden Proben für den Zuckernachweis zwischen Pflüger und Hammarsten Meinungsverschiedenheiten bestehen.

Wir kommen demnach zu dem Schluß, daß die Angaben der Autoren, durch die sie sich berechtigt fühlten, von einem „Pertussis-Harn“ zu reden, nicht zu Recht bestehen, und daß die in der angedeuteten Richtung vorgenommene Untersuchung des Harnes weder einen Einblick in das Wesen der Affektion gestattet, noch diagnostisch verwertbar ist. Diagnostische Bedeutung hat auch auf Grund unserer Untersuchungen lediglich die nie vermißte von Fröhlich zuerst beschriebene Leukozytose.“

Grätzer.

F. Philips, Dextriniertes und nichtdextriniertes Mehl in der Säuglingsnahrung. (Aus der Universit.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilk.. April 1907.) P. hat an mehreren Kindern Untersuchungen angestellt, denen er in einer Periode Theinhardts Kindermehl, in einer zweiten Weizenmehl gab. Die Ergebnisse waren ziemlich unzweideutig.

Die Fettresorption war in beiden Perioden gleich groß, die Stickstoffresorption dagegen bei Ernährung mit dextrinisiertem Mehl schlechter, als bei Zufuhr unveränderten Weizenmehls. Was die im Kot ausgeschiedenen Kohlehydratmengen betraf, so bestand eine geringe Differenz zugunsten des dextrinisierten Mehles; doch sind die Zahlen so klein, daß man daraus keinen Schluß ziehen kann. Nimmt man aber als Maßstab für die Resorption der Kohlehydrate die Menge

der flüchtigen Fettsäuren, d. h. der Gärungsprodukte der Kohlehydrate, so zeigt sich, daß in allen Versuchen die Kohlehydratausnutzung in der Periode des dextrinisierten Mehles besser war als in der Weizenmehlperiode. Diese bessere Ausnutzung der Kohlehydrate bei dextrinisiertem Mehl ist aber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht auf einen Mangel an Amylase zurückzuführen. Die Körpergewichtskurve verlief bei der Ernährung mit dextrinisiertem Mehl besser; dies Verhalten ist wohl auf die bessere Resorption der Kohlehydrate zurückzuführen. Bei allen Versuchskindern trat eine Schädigung des Gesamtorganismus zutage. Für diesen „Mehlnährschaden" kann ungenügende Nahrungszufuhr, ebenso Mangel an einzelnen Nahrungsbestandteilen nicht verantwortlich gemacht werden. Dagegen dürfte das Verhalten von flüchtigen Fettsäuren einen Anhaltspunkt geben. Die Ausscheidung derselben war hier eine 3—5 mal so hohe, als bei normalen Säuglingen, und da die flüchtigen Fettsäuren Alkalien binden, müssen sie diese dem Organismus entziehen, und zwar um so mehr, je mehr flüchtige Fettsäuren gebildet werden; das tritt namentlich bei Ernährung mit Weizenmehl ein, während bei Ernährung mit dextrinisiertem Mehl die Bildung flüchtiger Fettsäuren geringer ist.

Grätzer.

P. Michaelis, Das Hirngewicht des Kindes. (Aus dem Kinderkrankenhaus zu Leipzig.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1907.) Fortsetzung und Erweiterung der von H. Pfister begonnenen Wägungen. Es wurden 276 Gehirne von Kindern jeglicher Altersstufen einer Wägung unterzogen; an 200 Gehirnen wurden auch Teilwägungen vorgenommen. Die Resultate werden in Tabellen übersichtlich wiedergegeben, in denen das Material nach dem Alter und Geschlechte geordnet ist.

Grätzer.

Ernst Schiff, Beiträge zur Chemie des Blutes der Neugeborenen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 3 u. 4.) Der Trockenrückstands-, Aschen- und Eiweißgehalt des Blutes der Neugeborenen zeigt individuell verschiedene absolute Werte. Die individuellen Schwankungen der Werte des Trockenrückstandes bewegten sich in den untersuchten Fällen während der ersten zehn Lebenstage durchschnittlich zwischen 21,4—27,7 %, diejenigen des Aschengehaltes zwischen 0,79—1,34 % und diejenigen des Eiweißgehaltes zwischen 17,5—27,4 %.

Sowohl der Trockenrückstands-, als auch der Aschen- und Eiweißgehalt des Blutes zeigen am ersten Lebenstage die höchsten Werte. Der Trockenrückstandsgehalt des Blutes beträgt am ersten Lebenstage im Mittel 26,5 %, der bis zum zehnten Lebenstage allmählich abnimmt (im Mittel bis 23,07 %). Die größte Abnahme erleidet der Trockenrückstandsgehalt des Blutes — ungefähr 1 % — nach dem ersten Lebenstage, in den späteren Tagen ist die Abnahme schon bedeutend geringer.

Der Aschengehalt des Blutes beträgt am ersten Lebenstage im Mittel 1,1 %, nimmt bis zum dritten Tage ab (bis 0,97 %), steigt dann bis zum siebenten Tage wieder in die Höhe (bis 1,07 %), um dann wieder abzunehmen (am zehnten Tage im Mittel auf 0,98 %).

Der Eiweißgehalt des Blutes verhält sich je nach der Abnabelungszeit verschieden. Bei sofort Abgenabelten zeigt auch hier der erste Lebenstag die höchsten Werte (im Mittel 23,58 %), die bis zum zehnten Lebenstage allmählich abnehmen (bis auf 20,78 %). Bei spät Abgenabelten steigt der Anfangswert (im Mittel 23,73 %) bis zum dritten Tage allmählich an (bis auf 25,24 %), und nimmt erst nachher ab (am zehnten Lebenstage 22,73 %).

Bei Nacht ist der Trockenrückstandsgehalt des Blutes größer, als während der Tagesperiode; hingegen zeigt der Aschengehalt des Blutes ein gerade entgegengesetztes Verhalten.

Weder der Trockenrückstands-, noch der Aschengehalt des Blutes wird durch das Geschlecht der Neugeborenen beeinflußt, ganz entschieden aber der Eiweißgehalt des Blutes, insofern derselbe bei Knaben durchschnittlich 22,89 %, bei Mädchen 21,99 % betrug.

Der Umstand, ob der Neugeborene von einer Erst- oder Mehrgebärenden stammt, hat weder auf den Trockenrückstands-, noch auf den Eiweißgehalt des Blutes einen Einfluß. Bezüglich des Aschengehaltes zeigten Kinder Erstgebärender etwas niederere Werte.

Der Entwicklungsgrad der Neugeborenen hängt sowohl mit dem Trockenrückstands-, wie auch mit dem Aschen- und Eiweißgehalte des Blutes eng zusammen. Der Trockenrückstands- und Aschengehalt des Blutes steht mit dem Entwicklungsgrad des Neugeborenen in geradem Verhältnisse, insofern beide bei den stärker entwickelten Neugeborenen höhere Werte zeigen; hingegen ist das Verhältnis zwischen dem Eiweißgehalte des Blutes und dem Entwicklungsgrade des Neugeborenen ein umgekehrtes, indem hier die schwächer entwickelten Neugeborenen höhere Werte liefern.

Die Abnabelung beeinflußt weder den Trockenrückstands- noch den Aschengehalt des Blutes, ganz entschieden aber den Eiweißgehalt desselben, wie dies sub 2 geschildert wurde.

Bei ikterischen Neugeborenen ist der Trockenrückstands- und Aschengehalt des Blutes durchschnittlich geringer, als bei nicht ikterischen. Der Unterschied zeigt sich aber erst vom fünften Tage an, wo der Ikterus schon eingetreten war.

Zwischen dem spezifischen Gewicht, dem Trockenrückstands- und Eiweißgehalte des Blutes besteht kein inniger Zusammenhang, indem die diesbezüglichen Werte nur zwischen bedeutend weiten Grenzen, und da auch durch mehrfache Ausnahmsfälle unterbrochen, ein paralleles Verhalten zeigen.

Das spezifische Gewicht des Serums zeigt auch ausgesprochene individuelle Unterschiede (es schwankten die Werte zwischen 1,0201 und 1,0363), verhält sich aber bei ein und demselben Neugeborenen im Nacheinander der ersten Lebenstage ziemlich konstant auf derselben Höhe. Es wird dasselbe durch das Geschlecht der Neugeborenen ganz entschieden beeinflußt, indem es in den untersuchten Fällen bei Knaben durchschnittlich 1,0254, bei Mädchen 1,0290 betrug, bei letzteren also bedeutend höher war.

Die Werte des Trockenrückstands-, Aschen- und Eiweißgehaltes des Serums zeigen bei den verschiedenen Neugeborenen ziemlich

gleiche Höhe. Die Werte des Trockenrückstandsgehaltes bewegen sich im allgemeinen zwischen 7,5 und 8,5 % (durchschnittlich 8,18 % diejenigen des Aschengehaltes ergeben im Mittel 1 %, die des Eiweißgehaltes schwanken ziemlich konstant um 7 % (durchschnittlich 7,3 %).

Hecker.

S. Weißenberg, Die Körperproportionen des Neugeborenen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Die Messungen erstrecken sich auf 50 Kinderleichen und wurden so ausgeführt, daß die Leiche zunächst gestreckt auf einen Tisch gelegt wurde und dann folgende Punkte auf denselben mit einem gewöhnlichen Tischlerwinkelmaß projiziert wurden. Scheitel, rechte Schulter, Spitze des rechten Mittelfingers, Trochanter major, rechte Sohle, die Spitzen der Mittelfinger bei horizontal gestreckten Armen und Damm. Die Messung der Entfernung zwischen den entsprechenden Punkten mit einem gewöhnlichen Bandmaß ergab dann folgende Körpermaße: Körperlänge, Kopf- samt Halslänge, Sitzhöhe, Rumpflänge, Armlänge, Beinlänge, Klafterbreite; außerdem wurde direkt mit dem Bandmaß bestimmt: Handlänge, Fußlänge, Kopfumfang, Brustumfang. Mit dem Tasterzirkel genommen wurde die Schulterbreite und die Hüftbreite.

Als Resultat seiner Messungen glaubt Verf. folgendes als charakteristische Eigentümlichkeit des Neugeborenen hinstellen zu können:

Die individuellen und geschlechtlichen Besonderheiten in den Körperproportionen sind beim Neugeborenen viel weniger ausgeprägt als beim Erwachsenen. Die Wachstumsenergie während der ersten drei Lebensmonate ist als sehr bedeutend zu bezeichnen.

Die Körperproportionen des Neugeborenen sind denjenigen des Erwachsenen diametral entgegengesetzt, indem bei ihnen

a) die Klafterbreite kürzer ist als die Körperlänge,
b) nicht nur die Sitzhöhe länger ist als das Bein, sondern auch
c) die eigentliche Rumpflänge (Akromion-Spalt) länger ist als das Bein,
d) die eigentliche Rumpflänge länger ist als der Arm,
e) der Arm länger ist als das Bein und
f) der Kopfumfang größer ist als der Brustumfang. Hecker.

Emmett Holt, Gonococcusinfektion bei Kindern mit besonderer Bezugnahme auf deren Vorkommen in Anstalten und die Mittel zur Verhütung derselben. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Bericht über 5 Hausepidemien von Gonococcus-Vaginitis in einem Kleinkinderhospital. Im ganzen wurden 172 Kinder von der Krankheit befallen. Desinfizierung und Sterilisierung der Windeln ebenso wie die anderen prophylaktischen Mittel erwiesen sich als wirkungslos, bis eine vollständige Isolierung der Patienten sowie des Wartepersonals durchgeführt wurde. Bei 24 Kindern, darunter 17 männlichen, entwickelte sich akute Gonococcusarthritis. Von allen diesen litt nur einer an Ophthalmie, bei keinem bestand Harnröhrenausfluß. Die Frage nach der Eingangspforte des Virus in solchen Fällen ist sehr schwierig, wahrscheinlich ist es der Mund. Viele der Kranken litten nämlich an Marasmus und auch an Mundfäule. In einem letal ausgegangenen Falle fand sich ein Abszeß in der Wand

der Trachea, dessen Eiter Gonokokken enthielt. Vielleicht war die übliche Methode der Mundreinigung Schuld an der Infektion. Verf. zieht folgende allgemeine Schlußfolgerungen aus seinen Ausführungen:

Gonococcus-Vaginitis ist eine sehr häufig vorkommende Krankheit, mit der in Anstalten für Kinder beständig zu rechnen ist. Auch in der Praxis in Dispensieranstalten und Miethäusern ist sie sehr häufig, und sogar nicht ungewöhnlich in der Privatpraxis der besseren Klasse.

In leichterer Form und sporadischen Fällen ist sie äußerst unangenehm, weil sie so schwer zu behandeln ist. In ihrer schwereren Form kann sie durch Verursachung von akuter Gonococcus-Pyämie oder Infizierung der serösen Häute lebensgefährlich werden. In epidemischer Form ist sie in einer Anstalt eine wahrhaftige Geißel.

Der hochgradig kontagiöse Charakter der Gonococcus-Vaginitis macht zur gebieterischen Notwendigkeit, Kinder, welche an derselben leiden, in den Abteilungen und Schlafsälen mit andern nicht zusammen zu lassen. Ähnliche Gefahr, wenn auch in geringerem Grade, besteht bei Gonococcus-Ophthalmie und akuter Gonococcus-Arthritis oder Pyämie.

Es ist einfach unmöglich, die Ausbreitung der Krankheit zu verhüten, wenn infizierte Kinder mit anderen zusammen in derselben Abteilung bleiben. Dieselben müssen entweder vom Hospitale ausgeschlossen oder, wenn zugelassen, sofort unter Quarantäne gestellt werden.

Fälle von Gonococcus-Vaginitis können nur dann vom Hospital ferngehalten werden, wenn eine systematische, mikroskopische Untersuchung von Aufstrichen von der Scheidenabsonderung jedes aufgenommenen Kindes gemacht wird. Ist ein eitriger Vaginalausfluß vorhanden, so sind diese Untersuchungen unerläßlich und sollten ebenso sehr zu einer Sache der Hospitalroutine gemacht werden, wie das Erlangen von Kulturen aus dem Halse von Kindern mit tonsillaren Exsudaten. Sind keine mikroskopischen Untersuchungen eitrigen Ausflusses bei einem kleinen Kinde gemacht, so mag angenommen werden, daß derselbe vom Gonococcus herrührt.

Die Quarantäne muß, wenn sie wirksam sein soll, ebensowohl auf Pflegerinnen und Wartepersonal, als auf die Kinder ausgedehnt werden. Ferner müssen Windeln, Bettzeug und Kleider infizierter Kinder separat von den übrigen im Hause gewaschen werden.

Wo der Gonococcus mit keinem Ausflusse oder mit sehr geringfügigem Ausflusse gefunden, müssen die Kinder in Quarantäne gebracht werden, obgleich es gegenwärtig unmöglich ist, anzugeben, bis zu welchem Grade derartige Fälle einer Abteilung gefährlich werden können. Eine der größten Schwierigkeiten bei Gonococcus-Vaginitis entsteht aus der langen Quarantäne, welche durch den Umstand notwendig wird, daß diese Fälle sehr chronischen Charakters sind und der Behandlung hartnäckig widerstehen.

Die Gefahr für die Pflegerinnen durch zufällige Ansteckung, besonders der Augen, ist beträchtlich. Zurzeit sind dieselben in dieser Beziehung nicht genügend unterrichtet. Hecker.

H. Laser (Königsberg), Über das Vorkommen von Schwerhörigkeit und deren Ursachen bei Schulkindern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.) L. hat mittels des Politzerschen Hörprüfers alle Kinder von 3 Schulen einer Mädchen-Bürgerschule, einer Mädchen-Volksschule und einer Knaben-Volksschule, zusammen 1753 Kinder, untersucht. In den 3 Schulen fand sich etwa die gleiche Anzahl Schwerhörige: 17,4 $^0/_0$, 17,9 $^0/_0$ und 19,3 $^0/_0$. Auf den unteren Klassen waren die Zahlen fast durchweg höher als in den oberen, was L. darauf zurückführt, daß die Angaben dieser kleinen Schulanfänger nicht so genau zu bewerten sind, als die der größeren Kinder. Ein Zusammenhang der Schwerhörigkeit mit dem Alter des Kindes ergab sich nicht. Schwerhörigkeit rechts bestand 107 mal, links 92 mal, beiderseits 116 mal.

Unter 315 spezialärztlich untersuchten Kindern wurde konstatiert: Rachenmandeln bei 153, chron. Otitis bei 34, perecta bei 34, Thrombus bei 31, Katarrh bei 12, normale Verhältnisse bei 51 Kindern.

Grätzer.

M. Fraenkel (Berlin), Ein Fall von Gicht bei einem 4jähr. Kinde. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.) Das Kind soll schon seit ca. 1 $^1/_2$ Jahren fortwährend Anfälle haben. Einen Anfall hatte nun F. selbst zu beobachten Gelegenheit. Es handelte sich um typische Gicht in der rechten großen Zehe.

Therapeutisch benutzte F. Anthrosantabletten Nr. I (neben entsprechender Diät), die eine neue Art von getrennt zu verabreichenden Formaldehyd und zitronensaurem Natron darstellt. Er gab anfangs 3 mal täglich 2 Tabletten 2 Tage lang; nachdem Schwellung und Schmerzhaftigkeit geschwunden, wurde eine 3 wöchige Kur (3 mal täglich 1 Tablette) verordnet, die nach 3 Monaten noch einmal wiederholt wurde. Es trat noch ein leichter Anfall ein, seit $^1/_2$ Jahr ist Patient frei von Anfällen.

Grätzer.

Ad. Stein (Königsberg), Eine 3jährige Virgo. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Schon im Jahre 1904 hat St. den Fall als „typische Menstruatio praecox“ mit sekundären Geschlechtscharakteren veröffentlicht. Das damals 14 Monate alte Kind war in regelmäßigen Intervallen von 28 Tagen typisch menstruiert, und es hatte sich mit dem ersten Eintritt der Menstruation, die im 7. Monat erfolgt war, allmählich Entwickelung der Schamhaare, der Mammae und der Labien eingestellt.

Das jetzt 3 $^1/_2$ Jahre alte Mädchen bietet den Anblick einer Jungfrau; geistige Entwickelung und Gesichtszüge aber entsprechen dem Alter des Kindes. Die Oberschenkel zeigen weibliche Rundung, in der Achselhöhle finden sich blonde Härchen, an den Geschlechtsteilen etwas dunklere, Stimme kräftig und ausdrucksvoll wie bei einer 16 jährigen, Mammae entsprechen ebenfalls diesem Alter (Areola mit breitem Hofe dunkel pigmentiert, Drüsenkörper deutlich palpabel), Körpergröße 110 cm, Gewicht 22 $^1/_2$ kg. Periode tritt monatlich ein und ist offenbar schmerzhaft.

Von ursächlichen Momenten sind Hydrozephalie und Ovarialtumoren auszuschließen; dagegen ist Rachitis deutlich ausgesprochen.

Grätzer.

P. Kleinschmidt, Zur Behandlung ischämischer Muskelkontrakturen, zugleich ein Beitrag zur Pseudarthrosenheilung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 17. S. 679.) Bei einem 10 jährigen Knaben mit ischämischer Muskelkontraktur nach einer 3 Jahre zuvor akquirierten mit zirkulärem Gipsverband behandelten linksseitigen suprakondylären Humerusfraktur, über die K. berichtet, wurden Radius und Ulna durch je einen seitlichen Schnitt freigelegt, aus beiden Knochen wurde dann ein 3 cm langes Stück reseziert und zwar, mit Rücksicht auf die mögliche Bildung eines Brückenkallus aus der Ulna etwas höher. Zwei aus den resezierten Stücken hergestellte Knochenstifte wurden in die Markhöhle hineingesteckt behufs Fixation der Knochen. Die Streckung der Hand und der Finger gelang nun in ziemlich ausgiebiger Weise. Die Knochen um so viel zu kürzen, daß die Streckung normal wurde, erschien bedenklich wegen der Schwierigkeit, die Knochenenden exakt aneinander zu halten, und der Möglichkeit, daß sich dann die Extensoren den neuen Verhältnissen nicht anpassen und in ihrer Funktion beeinträchtigt werden könnten. Der Wundverlauf erlitt keine Störung, aber die Vereinigung der Knochen ging nicht in gewünschter Weise vonstatten. Unter verzögerter und dürftiger Kallusbildung konsolidierte der Radius erst im Verlauf von 4 Monaten, an der Ulna entstand eine Pseudarthrose. Zur Beseitigung derselben wurde eine zweite Operation notwendig, bei der sich zeigte, daß die Enden des Knochens mit knorpelartigem Gewebe bedeckt und völlig frei gegeneinander beweglich waren. Nach Exzision dieses Gewebes wurde von einem Schnitt über der medialen Fläche der linken Tibia ein 4 cm langer, 2 cm breiter Knochenhautlappen umschnitten, mit dem Messer vom Knochen abpräpariert und manschettenförmig um die Resektionsstelle herumgelegt. Die sich berührenden Ränder des Lappens wurden aneinander, der freie obere und untere Rand an dem benachbarten Gewebe mit einigen Katgutnähten fixiert. 3 Monate nach der Operation war der Knochen fest konsolidiert. Der Knabe kann jetzt seine vorher absolut unbewegliche Hand für alle nicht zu subtilen Verrichtungen wieder gebrauchen. F. Joachimsthal (Berlin).

Paderstein (Berlin), Ophthalmoplegische Migräne und periodische Okulomotoriuslähmung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 19.) Möbius trennte zwei Krankheitszustände voneinander ab: Die „periodisch wiederkehrende", d. h. einseitige, vollständige Okulomotoriuslähmung, die in annähernd regelmäßigen, von Kopfschmerzen und Erbrechen eingeleiteten Anfällen seit der Jugend den Patienten befällt, und die „ophthalmoplegische Migräne", eine gewöhnlich ererbte Migräne, zu der erst im Laufe der Zeit, gewöhnlich nach sehr schweren und gehäuften Anfällen, die Lähmung als Komplikation hinzutritt, während bei den meisten Fällen der ersteren Form von vornherein mit dem ersten Anfall die volle Lähmung da ist.

P. beobachtete folgenden Fall: Bei einer hereditär nicht belasteten Patientin bestanden seit früher Kindheit Migräneanfälle, zu denen im 14. Lebensjahre Ptosis, dann Pupillenerweiterung, schließlich Parese des ganzen Okulomotorius sich zugesellten, und zwar so, daß Anfälle mit Beteiligung des Auges und solche ohne Paresen unregel-

mäßig miteinander abwechselten. Die Paresen gehen in wenigen Tagen wieder zurück, worauf völliges Wohlbefinden besteht.

Wenn man bedenkt, daß vereinzelt auch Trochlearis und Abduzens bei solchen Migräneanfällen mitbetroffen sind, so entspricht für obigen Fall die Bezeichnug „ophthalmoplegische Migräne“ völlig der Situation. Aber es fehlt die Heredität! Handelt es sich da etwa um die andere Form? Davon unterscheidet den Fall wieder, daß die Lähmung nicht von vornherein, sondern erst viel später zu den Migräneanfällen hinzutrat. Das ist aber auch das einzige Unterscheidungsmerkmal, und man sollte meinen, daß bei sonst gleichem klinischen Verlauf, auf diesen einzigen Unterschied hin, eine Abtrennung der beiden Formen nicht statthaft sei. Aber Möbius will für die Migräne eine funktionelle, für die „Okulomotoriuslähmung“ eine organische Ursache zugrunde legen. Allerdings liegen auch zwei Sektionsbefunde dieses Typus vor. Thomson-Richter fanden bei einem Patienten, der seit dem 5. Lebensjahr an rezidivierender Okulomotoriuslähmung mit Migräne, sowie an Epilepsie litt, ein Fibrochondrom des rechten Okulomotorius, Karplus bei einer 43 jähr. Frau, die seit dem 1. Lebensjahr Anfälle rechtsseitiger Okulomotoriuslähmung mit „Migräne“ hatte und an progressiver Paralyse starb, ein Neurofibrom, das die Fasern des Nerven auseinandergetrieben und zum Schwunde gebracht hatte. Obwohl diese Befunde sich sehr ähneln, muß es doch in hohem Maße zweifelhaft sein, ob in diesen Tumoren die Ursache der Affektion zu finden ist. Es wäre ohne Analogie, wenn solche Geschwülste ein Menschenalter hindurch keine anderen Erscheinungen hervorrufen sollten, als gerade rezidivierende Okulomotoriuslähmung mit Migräneanfällen. Wie dem aber auch sei: solange die klinischen Bilder sich in keinem anderen Punkte, als der Zeit des Hinzutretens der Lähmung unterscheiden, erscheint die Trennung der beiden Krankheitsformen als erkünstelt. Grätzer.

J. Fibiger und **C. O. Jensen** (Kopenhagen), Über die Bedeutung der Milchinfektion für die Entstehung der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 4 u. 5.) Auf Grund ihrer Erfahrungen und Untersuchungen kommen die Verff. zu dem Schluß, daß eine bedeutende Anzahl von Fällen primärer Tuberkulose im Verdauungskanal bei Kindern von Infektion durch Tuberkelbazillen des Rindes herrührt, und daß diese Infektion ziemlich oft einen äußerst verhängnisvollen Verlauf nimmt. Es steht außer Zweifel, daß der Genuß von roher Milch als eine bedeutsame Entstehungsursache der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter betrachtet werden muß. Grätzer.

H. Neumann, Irrtümliche Deutung eines physikalischen Brustbefundes bei Kindern. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 9.) Wenn man bei gewissen Kindern zunächst die vordere Brustwand auskultiert, so findet man über der rechten Lungenspitze (nur selten über der linken) im Gegensatz zur anderen Seite ein verlängertes Exspirium. In- und Exspirium ist laut und unbestimmt, in manchen Fällen aber geradezu bronchial. Hingegen kann, wenn man sich von dem Schlüsselbein mehr nach unten bewegt, die Atmung gegenüber der

linken Seite sogar abgeschwächt sein. Perkutiert man jetzt vergleichend vorn die Lungenspitzen, so fehlt eine Dämpfung. Die Auskultation am Rücken vervollständigt den an der Vorderseite erhobenen Befund. In der rechten oberen Schulterblattgrube findet man bei Ein- und Ausatmung das Atemgeräusch noch lauter oder noch mehr ausgesprochen bronchial als vorn, während in den mittleren und unteren Teilen es ebenso wie vorn unten rechts abgeschwächt sein kann, ein Vergleich mit der linken Seite läßt es mindestens eigentümlich modifiziert erscheinen.

Besonders das abnorme Atemgeräusch an der Spitze (vorn und hinten oben rechts) führt häufig zu folgeschweren diagnostischen Irrtümern. Die Kinder werden für lungenkrank erklärt, in Anstalten gebracht, vom Schulunterricht ausgeschlossen usw., die Eltern werden schwer beunruhigt.

Die geschilderten Erscheinungen weisen nur auf eine Anschwellung der bronchialen Lymphdrüsen hin, im besonderen derjenigen, die vom Hilus der Lunge bis zur Bifurkation der Trachea ziehen, sowie ferner — hierauf deutet eine mediastinale Dämpfung — auf eine Schwellung der im vorderen Mediastinum über dem Herzbeutel gelagerten Lymphdrüsen. Oft hat N. die Zeichen der Bronchialdrüsenschwellung schon am Ende des ersten und im zweiten Jahr auftreten sehen. In der Regel freilich kommen die Kinder wegen der durch die Erkrankung ausgelösten konstitutionellen Krankheitserscheinungen zum Arzt und stehen im 3. bis 9. Jahr. Am häufigsten findet sich neben der Erscheinung intrathorakaler Drüsenschwellung eine chronische Schwellung der Halsdrüsen, oft auch Hyperplasie des lymphatischen Schlundringes. Die Kinder erscheinen schlecht genährt, zeigen Schwäche des Knochen- und Muskelsystems, körperliche Schlaffheit, geistige Ermüdbarkeit usw., sie werden, wenn sie nicht als lungenkrank angesehen werden, als Anämische oder Skrofulöse betrachtet. Das ist nun allerdings nicht ohne weiteres richtig, wenn auch tatsächlich sich bei der Skrofulose die klinischen Erscheinungen der Bronchialdrüsenschwellung außerordentlich oft nachweisen lassen und diese Symptome zu einer tuberkulösen Erkrankung, der Verkäsung der Bronchialdrüsen, in Beziehung zu bringen sind und sich an sie die Zeicheu einer Spitzenerkrankung anschließen können. Aber trotzdem sollte man doch zwischen einer Drüsentuberkulose und einer ulzerösen Lungentuberkulose einen scharfen Unterschied machen, wie ihn in der Kindheit zum mindesten schon die verschiedene Prognose verlangt. Skrofulo-tuberkulös sind eine sehr große Zahl von Kindern; aber wenngleich sie alle von der Schwindsucht bedroht sind, so ist der Eintritt derselben doch noch zum Teil von einer besonderen familiären Disposition, zum Teil von ungünstigen äußeren Versältnissen abhängig. Die Kinder sind tuberkulös infiziert, aber für die Prognose soll man bedenken, daß die tuberkulösen Herde mit zunehmendem Alter immer häufiger als Nebenbefunde bei Sektionen erscheinen.

Grätzer.

L. Schaps (Friedenau-Berlin), Salz- und Zuckerinjektion beim Säugling. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 19.) Die im

Kinderasyl der Stadt Berlin an Säuglingen gemachten klinischen Erfahrungen, daß unter gewissen Umständen die Verabreichung von Kohlehydraten, Mehl oder Zucker, in der Nahrung Fieber hervorzurufen imstande ist, bildeten die Veranlassung zu subkutanen Infusionsversuchen mit verschiedenen Zuckerarten.

Das Resultat derselben ist, daß Trauben- und Milchzucker, in isotonischen Lösungen infundiert, beim Säugling im Gegensatz zu den mitgeteilten Beobachtungen am erwachsenen Menschen eine typische Fieberreaktion hervorrufen. Die Stärke der Fieberreaktion ist abhängig von der Anzahl der eingeführten Zuckermoleküle d. h. um eine gleiche Reaktion auszulösen, muß vom Milchzucker eine etwa zweimal so große Menge wie vom Traubenzucker infundiert werden, entsprechend dem zweimal so hohen Molekulargewicht des Milchzuckers gegenüber dem des Traubenzuckers. Bei der Injektion hyper-, iso- und hypotonischer Lösungen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede, sofern gleichgroße Zuckermengen injiziert werden. Bei fortgesetzten Injektionen schwächt sich die Temperaturreaktion immer mehr ab, um schließlich ganz zu erlöschen, ähnlich einem Immunisierungsvorgang. Ebenso wie Zuckerinfusionen erzeugten aber auch subkutane Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung Fieber. Diese Reaktionen verhalten sich im wesentlichen ebenso wie die nach Zuckereinverleibung auftretenden. Eine Ausnahme von diesem Verhalten konnte an in klinischem Sinne wasserverarmten Individuen konstatiert werden, bei diesen fehlte die Temperaturreaktion.

Die Einwirkung der Infusionen auf den Status des Kindes muß als eine schädliche bezeichnet werden. Autoreferat.

L. Meyer (Berlin), Ein Fall von angeborener, einseitiger, isolierter Spaltbildung im oberen Augenlid (Blepharoschisis). (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 20.) M. hatte Gelegenheit, einen $2^1/_2$ jährigen Patienten zu operieren, der mit einem etwa $^3/_4$ cm hohen und $^1/_2$ cm breiten Kolobom im linken, oberen Augenlid geboren ist, während sein Gesicht sonst weiter keine Deformität aufweist. Der Defekt war von dreieckiger Form, und zwar so, daß die Basis des Dreiecks im Ziliarrande, seine Spitze etwa bis zur Mitte des Lides in der Richtung auf den Orbitalrand zu gelegen war. Seine Ränder waren nicht mit Zilien besetzt.

Die in Äthernarkose vorgenommene kleine Plastik wurde genau analog der von Malgaigne angegebenen Auffrischung und Naht bei der Hasenscharte ausgeführt und war in 8 Tagen primär geheilt.

Grätzer.

Offergeld (Marburg), Zur Behandlung asphyktischer Neugeborener mit Sauerstoffinfusionen. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1906. Nr. 52.) Nach kurzer Kritik der gebräuchlichen Wiederbelebungsmittel beim sogenannten weißen Scheintode der Neugeborenen berichtet Verf. über Versuche, durch Zuführung von Sauerstoff in konzentriertester Form neben einem intensiven Reiz auf die Zentralorgane dem nötigen O-Bedarf des Neugeborenen Rechnung zu tragen. In das Lumen der zentral gelegenen Vena umbilicalis werden mittels einer Spritze ca. 10—12 ccm Sauerstoff in den kindlichen Kreislauf

gebracht; dabei ist große Vorsicht nötig, die Injektion muß äußerst langsam erfolgen, um eine akute Herzdilatation zu vermeiden, die sofort zum Herzstillstand führen würde.

O. hat unter 12 Kindern, bei denen er diese Methode erprobt hat, 9 Todesfälle, darunter 2 mal enorme Herzdilatation erzielt; nur 3 Kinder blieben am Leben, doch konnte „eine direkte günstige Beeinflussung der Atemtätigkeit kein einziges Mal beobachtet werden."

Wegscheider.

Seitz (München), Einige Bemerkungen zu Offergelds Aufsatz: „Zur Behandlung asphyktischer Neugeborener mit Sauerstoffinfusionen". (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 6.) S. entwickelt unter Hinweis auf seine ausführliche Arbeit über den Scheintod des Neugeborenen in von Winckels Handbuch der Geburtshilfe (Bd. III, Teil 3. S. 134) die Lehre von der direkten Sauerstoffinfusion beim asphyktischen Neugeborenen historisch und theoretisch. Offenbar kommt ihm in der praktischen Ausübung dieses Verfahrens die Priorität zu. Auf Grund von 6 genau beobachteten Fällen mit negativem Erfolge hat auch S. diese Methode als zwecklos und zu gefährlich wieder verlassen.

Wegscheider.

Heymann, Ein Fall von vereiterter Vaginalzyste bei einem 12jährigen Mädchen. (Zentralbl. f. Gynäkologie. 1907. Nr. 5.) In der Privatfrauenklinik von Dr. Schütze in Königsberg i. Pr. kam vor 3 Jahren ein Fall von ca. hühnereigroßer, sehr hoch liegender, vereiterter Scheidenzyste zur Beobachtung und operativen Heilung, der bei einem 12jährigen, seit $1^1/_2$ Jahren regelmäßig menstruierten Mädchen „heftige klinische Symptome" machte und erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bot. Der eingehenden Beschreibung des Verlaufes sowie des Präparates fügt Verf. den üblichen Literaturauszug bei und stellt ätiologische Beobachtungen an. Er nimmt mit Freund die Entstehung aus dem Müllerschen Gang an und empfiehlt in therapeutischer Hinsicht Einnähung oder Exstirpation des Zystensackes. „Von beiden Methoden mußte im vorliegenden Falle wegen der allerseits sehr festen Adhäsion Abstand genommen werden."

Wegscheider.

Ernst Runge, Beitrag zur Anatomie der Ovarien Neugeborener und Kinder vor der Pubertätszeit. (Archiv für Gynäkologie. Bd. 80. Heft 1.) Verf., Assistent an der Charitéfrauenklinik Bumms, hat 50 Paar Ovarien aus den verschiedensten Altersstufen in Serienschnitten untersucht und teilt nach einer kurzen historischen Übersicht über die bisherigen Befunde die Resultate seiner Untersuchung mit. Das wichtigste derselben ist, daß „Wachstums- und Reifungserscheinungen an den Follikeln ein ganz allgemein in den Ovarien Neugeborener und Kinder der ersten Lebensjahre zu erhebender Befund, eine physiologische Erscheinung sind. Alle diese Vorgänge, von denen man bisher glaubte, daß sie sich der Regel nach in den Ovarien erst zur Pubertätszeit oder kurz vor derselben zeitlich nebeneinander abspielen, treten also normalerweise chronologisch nacheinander schon bei Föten, Neugeborenen und Kindern in den ersten Lebensjahren auf."

Im einzelnen fand R., daß die Ovarien vor dem normalen Ende der Gravidität nur hin und wieder Wachstumserscheinungen an den Follikeln erkennen lassen. Bei ausgetragenen Neugeborenen sind diese schon als Regel aufzufassen. Im ersten Lebensjahre finden sich schon in allen Fällen wachsende Follikel von recht beträchtlichen Größenmaßen; öfters treten zystische Bildungen zutage, und einmal konnten schon typische Corpora albicantia beobachtet werden. Im 2. Lebensjahre sind ebenfalls immer wachsende Follikel mit Eiern vorhanden, die schon Reifungserscheinungen aufweisen, ferner typische Follikularzysten und Corpora albicantia. Im 3. Lebensjahre finden sich weit in der Ausbildung vorgeschrittene und andererseits schon wieder zystisch degenerierte oder in Corpora albicantia umgewandelte Follikel. Die Primordialfollikel schwinden an Zahl, und das Stroma ovarii nimmt das Aussehen von dem in Ovarien Erwachsener an. In den weiteren Lebensjahren schreiten diese Verhältnisse in demselben Grade weiter vor, die Ovarien gleichen außer in den Größenverhältnissen fast ganz denen Erwachsener.

Bei einem ausgetragenen Neugeborenen fand Verf. sogar einmal ein typisches Corpus luteum, doch hält er die völlige Reifung und das Platzen der Follikel in diesem Alter für eine Ausnahme; für gewöhnlich wandeln sich die Follikel allmählich durch Wucherung der Theca interna in Corpora albicantia um, oder sie degenerieren zystisch und stellen dann die sogen. Follikularzysten dar. Auf Grund seiner weiteren Befunde ist Verf. mit Gebhard der Ansicht, daß sowohl die epithelhaltigen als auch die epithellosen Zysten der Degeneration von Follikeln ihre Entstehung verdanken, vorausgesetzt natürlich, daß nicht Exkreszenzen, leistenartige Vorsprünge, Wucherungen des Epithels usw. vorhanden sind, die für ein Neoplasma sprechen.“ Eine genaue Beschreibung der mikroskopischen Bilder (ohne bildliche Wiedergabe derselben) beschließt die fleißige Arbeit.

Wegscheider.

A. Gottstein, Zur Statistik der Totgeburten seit 200 Jahren. (Zeitschr. f. soziale Medizin. März 1906. Bd. 1.) Verf. hat ältere und neuere Schriften von Breslauer und Berliner Statistikern (zu letzteren zählt er bekanntlich selbst) verglichen und kommt zu folgenden lehrreichen Ergebnissen: „Seit dem Bestehen zahlenmäßiger Grundlagen (Ende des 17. Jahrhunderts) sind eine Reihe von Eigentümlichkeiten unverändert geblieben: das Überwiegen der Sterblichkeit bei den Knaben und die größere Totgeburtenziffer bei den Unehelichen. Bis in die neuste Zeit scheint die Sterblichkeit auf dem Lande geringer gewesen zu sein. . . . Die Anzahl der Totgeburten überhaupt ist bis ca. 1870 ungleichmäßig, im ganzen aber nur unerheblich herabgegangen. Seit dieser Zeit aber ist die Abnahme eine stetige und ganz erhebliche für Knaben und Mädchen, eheliche und uneheliche geworden.“ Gründe dafür sind die bessere geburtshilfliche Versorgung durch Erhöhung der Zahl der Hilfskräfte (Hebammen) und ihre bessere Ausbildung, Hebung der Kultur, Abnahme der Geburten überhaupt. „Im ganzen ist die Abnahme der Totgeburten seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts eine Teilerscheinung der auch

für fast alle anderen Altersklassen beobachteten Abnahme der Verluste durch den Tod.“ Wegscheider.

Gerdes, Zur operativen Behandlung des muskulären Schiefhalses. (Zentralbl. f. Chir. 1907. Nr. 6.) G. empfiehlt für die Behandlung des muskulären Schiefhalses neben der Myotomie des Kopfnickers die Durchschneidung des Scalenus anticus.

Fingerbreit über der Clavicula wird ein 5—6 cm langer Querschnitt angelegt, welcher über der Sehne der Sternalportion beginnt. Nachdem zunächst beide Kopfnickerstränge nahe ihrem Ursprung offen durchschnitten und auch die hinter ihnen liegende Halsfaszie bis zur völligen Freilegung der Vena jugularis durchtrennt worden ist, wird mit einem Wundhaken der untere Bauch des M. omohyoideus nach oben außen, mit einem zweiten die Vena jugularis nach innen gezogen. Im Operationsfelde liegen nunmehr die Scaleni frei. Man erkennt deutlich die schräg über den Scalenus anticus von oben außen nach unten innen verlaufenden Nervus phrenicus als weißen Strang. Nach außen gibt der Plexus brachialis, der den Scalenus medius bedeckt, die Begrenzung. Unter sorgfältiger Schonung des N. phrenicus, des Plexus und der Jugularis wird der Scalenus anterior stumpf isoliert und auf einem Elevatorium oder auf einer breiten Deschampsschen Nadel kurz oberhalb der Arteria subclavia, die er bedeckt, durchtrennt. Die Durchtrennung ist leicht ausführbar und von einem deutlichen Krachen begleitet. In der Tiefe der Wunde ist der Querfortsatz des 7. Halswirbels zu fühlen. Eine etwa vorhandene Cervicalskoliose ist nach der Durchschneidung beseitigt. Die kleine Wunde wird zunächst 48 Stunden lang tamponiert und soll dann durch Granulation heilen. Vom 4. Tage ab beginnt G. mit passiven und aktiven Bewegungen, die je nach Bedarf 3—6 Wochen fortgesetzt werden. Von Stützkravatten, fixierenden oder redressierenden Verbänden sieht G. vollständig ab.

G. hat das Verfahren seit 1897 bisher in 11 Fällen mit bestem Erfolg zur Anwendung gebracht. Joachimsthal.

Theophil Dieterle, Die Athyreosis, unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Skelettveränderungen, sowie der differentialdiagnostisch vornehmlich in Betracht kommenden Störungen des Knochenwachstums. (Untersuchungen über Thyreoaplasie, Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta.) (Virchows Archiv. Bd. 184. Heft 1.) Auf Grund der Untersuchung eigener Fälle und von Experimenten kommt D. zu folgenden Schlüssen: „Die kindliche Schilddrüse ist für die Entwicklung des Skelettes während des Fötallebens entbehrlich. Die Folgen des angeborenen Schilddrüsenmangels für das Knochenwachstum treten ungefähr zur Zeit der Geburt auf und können durch die Anwesenheit der Epithelkörperchen nicht verhindert werden. Die Wachstumshemmung beruht auf einer gleichmäßigen Verzögerung der endochondralen und periostalen Ossifikation und führt zu proportioniertem Zwergwuchs. Die Form- und Größenverhältnisse des Skeletts entsprechen ungefähr denen eines gleichlangen, normalen Kindes; die feinere Struktur dagegen nähert sich der des erwachsenen Skeletts.

Die Störung des Knochenwachstums ist eine der ersten und regelmäßigsten Teilerscheinungen der athyreotischen Kachexie, d. h. einer dem senilen Marasmus ähnlichen allgemeinen Ernährungsstörung, und beruht auf einem Nachlassen der Blut- und knochenbildenden Tätigkeit des Markes. Die Knochenveränderungen sind nicht prävalierend, sondern nur ein Ausdruck der Schädigung sämtlicher am Knochenwachstum beteiligter Gewebe; sie spielen also nicht die maßgebende Rolle bei der Wachstumshemmung, die ihnen die Hofmeistersche Theorie zuschreibt. Keine Form fötaler Skeletterkrankung kann auf Störung der Schilddrüsenfunktion zurückgeführt werden. Die Wachstumshemmung betrifft nicht, wie bei der Athyreosis, alle am Aufbau des Knochensystems beteiligten Gewebe gleichmäßig, sondern es liegt bei der Chondrodystrophie eine primäre Veränderung des Knorpels, bei der Osteogenesis imperfecta eine Funktionsstörung des Periosts und Endosts vor. Der aus diesen beiden pathologischen Prozessen resultierende Zwergwuchs stellt den mehr oder weniger ausgeprägten Typus der Mikromelie dar.“ Bennecke (Jena).

Veszprémi, Beiträge zur Histologie der sogenannten „akuten Leukämie“. (Virchows Archiv. Bd. 184. Heft 2.) V. teilt 3 Fälle mit, die er auf Grund des übereinstimmenden Resultates der histologischen Untersuchung als „akute Leukämie“ bezeichnet. Der erste Fall betraf eine 43jähr. Frau, die wegen tertiärer Lues behandelt wurde, geschwürige Prozesse auf der einen Tonsille und diffus verbreitete Hautblutungen erkennen ließ. Bei der Blutuntersuchung fanden sich 500000 Leukozyten, darunter in überwiegender Menge (86 %) große unilokuläre Leukozyten. Der zweite Fall, der erst bei der Sektion als hierher gehörig erkannt wurde, betraf ein 2jähr. Mädchen, das im Halse und auf der Haut ähnliche Veränderungen wie Fall 1 erkennen ließ und als Diphtherie behandelt wurde. Der dritte, als Typhus behandelte Fall wurde bei einer 25jähr. Frau beobachtet. Wenn auch die Sektion die makroskopische Diagnose Typhus zu bestätigen schien, so fanden sich doch mikroskopische Veränderungen, die die Zugehörigkeit zu den beiden ersten Fällen gerechtfertigt erscheinen lassen. In allen Fällen fanden sich im Blute eigentümlich große unilokuläre Leukozyten, als deren Hauptbildungsstärke das Knochenmark nachgewiesen wurde. In diesem konnte die selbständige und bedeutende, die sonstigen Knochenmarkselemente vollkommen überwuchernde Vermehrung der genannten Zellen nachgewiesen werden, wobei auf Grund des histologischen Bildes nicht von einer lymphatischen oder lymphoiden Umgestaltung gesprochen werden konnte. Vor allem konnte kein retikuläres Gewebe nachgewiesen werden, sondern nur fleckweise reichliches, ein Retikulum vortäuschendes Fibrin. Auch in den übrigen Geweben bzw. Organen konnten diese Zellen produzierende Herde nachgewiesen werden, allerdings nicht so reichlich wie im Knochenmark. Überall fanden sich in wechselnder Menge Mitosen an diesen Zellen. Die Natur dieser Zellen, die nach V.s Ansicht aus dem Knochenmark verschleppt sich im Blute und in den Geweben vermehren können, ist wie auch die ganze Erkrankung selbst noch gänzlich unklar. Er

neigt, nicht zuletzt wegen des Nachweises wirklicher Mengen von Fibrin im Knochenmark, der Ansicht zu, daß es sich um einen besonderen entzündlichen Prozeß handelt. Bennecke (Jena).

Paul Karpa, Zwei Fälle von Dünndarmatresie. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 2.) Der erste Fall betraf ein 4 Tage altes Kind, welches am letzten Tage schwärzliche Massen erbrochen hatte. Das Duodenum war 4,5 cm hinter dem Pylorusring vollkommen verschlossen, endete blind und wies am blinden Ende einen Gallengang auf, sowie ein Geschwür. Von dem Mittelstück des Duodenums fand sich nichts, nicht einmal ein fibröser Rest. Das Duodenum beginnt vielmehr erst wieder mit dem Einsatz des Ductus choledochus, der die typische Papille bildete. Der Befund wird als durch fötale Mißbildung entstanden erklärt; die Mißbildung des Darmes soll die Ursache der Teilung des Ductus choledochus gewesen sein.

Der zweite Fall betraf ein 3 Tage altes Kind, das seit der Geburt keinen Stuhlgang, auch nicht auf Einlauf gehabt hatte; per anum waren nur wenig weißlich-schleimige Massen abgegangen; wiederholt war Meconium erbrochen. Am zweiten Lebenstage Operation, bei der sich zwei blinde Darmenden im Gebiete des Duodenum fanden, die gänzlich voneinander getrennt waren; der zuführende Teil war mächtig durch Meconium gedehnt. Bei der Operation wurde der zuführende Teil entleert und eine Enteroanastomose gemacht. In diesem Falle wird als Ursache des Befundes eine in früher Embryonalzeit entstandene Invagination des Dünndarms angenommen. Eingehende Literaturbesprechung. Bennecke (Jena).

L. Bleibtreu, Scheinbare Makrochilie bei Hysterie. (Aus dem evang. Krankenhause in Köln.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Bei einem 13 jähr. Mädchen besteht seit etwa $^1/_4$ Jahr eine eigenartige Veränderung an den Lippen. Dieselben erscheinen stark aufgeworfen und verdickt, wodurch der Mund Ähnlichkeit mit einem Schweinerüssel hat. Man dachte beim ersten Anblick an eine entzündliche Affektion, aber erkannte bald, daß ein nervöses Leiden vorlag. Keine Schrundenbildung, keine entzündliche und ödematöse Schwellung. Muskulatur der Lippen bretthart anzufühlen. Es lag eine Kontraktur derselben vor auf hysterischer Basis. Deutliche hysterische Stigmata zu konstatieren: totale rechtsseitige Hemianästhesie, Störungen des Muskelsinnes rechterseits, rechts ferner Aufhebung der Geschmacksempfindung und des Geruchsinnes, endlich rechts völlige Taubheit. Sonstige Kontrakturen fehlen. Die Diagnose wurde durch den weiteren Verlauf bestätigt. Bei faradischer und hydriatrischer Behandlung, kräftiger Ernährung usw. schwand nach einigen Wochen die Kontraktur vollkommen. Grätzer.

Seefelder (Leipzig), Zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) S. hat in den Monaten März bis Mai 1905 im ganzen 500 neugeborene Kinder in der Universitäts-Frauenklinik einer Augenuntersuchung unterzogen und dabei das Verhalten der Augen gegenüber den eingeträufelten Lösungen — Argent. acet. 1 % rechts und Argent. nitr. 2 % links — sorgfältig beobachtet. In keinem der mit Argent. acet.

behandelten Fälle trat ein Reizzustand auf, der zu den geringsten Besorgnissen Veranlassung gegeben hätte. Wir besitzen in dem Argent. acet. ein Mittel, welches in Bezug auf Intensität und Milde der Wirkung dem Argent. nitric. nicht nachsteht, vor diesem aber den großen Vorzug hat, auch wenn eine Verdunstung stattfindet, seine Konzentration nicht zu verändern, also unter allen Umständen unschädlich zu bleiben. Grätzer.

P. Krömer, Operative Heilung eines Anus anomalus vulvovestibularis bei einem Säugling. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Gießen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) K. operierte mit recht schönem Erfolg ein $7^1/_2$ Wochen altes Mädchen. Über die Einzelheiten der Operation muß die Originalabhandlung, die auch drei anschauliche Bilder bringt, nachgelesen werden. Grätzer.

Colombo, Die Solidarität der verschiedenen physikalischen Behandlungsmethoden bei einer rationellen Therapeutik. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 9. Heft 12.) Der Verf. tritt dafür ein, daß die praktische Anwendung der physikalischen Therapie auf einer einheitlichen Basis organisiert wird. Dazu sind Institute nötig, die mit allen modernen Einrichtungen versehen sind. Die Hydrotherapie muß durch einen Saal mit Druckduschen vertreten sein, der mit allen Apparaten ausgerüstet ist, die zur Anwendung von allgemeinen und lokalen Duschen, verschiedener Art und Strahlen nötig sind. Für die Bewegungstherapie sollen Kabinette für manuelle Massage vorhanden sein, ferner ein Saal für mediko-mechanische Gymnastik und Hydrotherapie. Die Elektrotherpie verlangt das Vorhandensein elektrodynamischer Apparate für alle möglichen Ströme und elektrische Bäder. Sodann müssen Röntgenkabinette vertreten sein, ferner die für Wärmetherapie nötigen Hilfsmittel, pneumatische Kabinette sowie balneotherapeutische Agentien.
.Freyhan (Berlin).

Pregowski, Über schlafbefördernde Wirkung des vorgewärmten Bettes. (Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 10. Heft 11.) Der Verf. hat, gestützt auf die Tatsache, daß Wärmflaschen im Bett bei schwer einschlafenden Kindern eine schlafbefördernde Wirkung ausüben, versucht, zum Zwecke einer besseren Schlaferzielung eine Vorwärmung des Bettes vorzunehmen. Er erzielte sehr gute Resultate; am besten gingen die Versuche vor sich, wenn das Bett vor dem Zubettgehen der Versuchsperson fühlbar warm gemacht wurde, und der Grad der Erwärmung zuerst allmählich herabgesetzt und später wiederum etwas gesteigert wurde. Bei einer zu großen Erwärmung des Bettes war die Wirkung ungünstig. Die Versuchspersonen schliefen dann nicht, schwitzten, wurden aufgeregt und bekamen Kopfweh. Am besten erwies sich eine Anfangstemperatur von 40° C. im Beginn und eine Temperatur von 35° C. nach Eintritt des Schlafes. Freyhan (Berlin).

Schalenkamp (Crombach), Ein Fall von Vergiftung mit dem Safte der Schoten von Cytisus Laburnum (Goldregen). (Therap. Monatshefte. Januar 1907.)

Ein 2jähr. Kind, zu dem S. mittags um 1 Uhr gerufen wurde, hatte vormittags im Garten gespielt und zwischen 11 und $^1/_2$12 Uhr die Schoten angenagt. Um 12 Uhr beim Mittagessen wollte es nichts genießen und wurde schläfrig. Es stellte sich jetzt heraus, was das Kind im Garten getan hatte, und man fand auch fünf angenagte Schoten. Das Kind erhielt süße warme Milch, worauf etwas Erbrechen erfolgte. Sein Aussehen veränderte sich aber bedrohlich. Als S. es um $1^1/_4$ Uhr sah, war es völlig bewußtlos. Kornealreflex erloschen, Pupillen maximal dilatiert, Puls 88, klein, flatterig, Atmung groß, in Absätzen, hin und wieder im Cheyne-Stokesschen Typus, Temperatur subnormal, Haut kalt, klebrig. Sofort Magenspülung; es kam nur Schleim. Frottierung des Körpers mit Alkohol, innerlich Tokayer und heißer Kaffee. Pupille jetzt stecknadelkopfklein, Atmung röchelnd, tiefste Bewußtlosigkeit. Es wurde jetzt mit dem Magenschlauch eine Aufschwemmung groben Lindenkohlenpulvers eingegossen. Nach 5 Minuten kolossales Erbrechen mit Entleerung kopiöser Schleimmassen und Speiseresten. Das Erbrechen wiederholte sich noch 6mal. Gleichzeitig mehrfache Darmspülungen, Lagerung zwischen Wärmflaschen, Frottierung mit Alkohol, intern Tokayer und Kaffee. Um 4 Uhr Pupille wieder halb in Dilatation, Puls 108, kräftiger, Haut warm, Atmung nicht mehr röchelnd, nicht aussetzend, regelmäßig. Um 5 Uhr wieder Erbrechen, worauf das Kind schreit. In der Nacht guter Schlaf. Am andern Morgen verlangt Patient Nahrung. Es bleibt Magenreizbarkeit bestehen, sowie ein leichter, fieberhafter Bronchialkatarrh; beides verschwand in 8 Tagen.

Der Fall zeigt die immense Giftigkeit des Goldregens bzw. seines Giftes, des Cytisins. Das Kind hatte nur etwa so viel wie eine weiße Bohne genossen. S. schreibt den günstigen Ausgang der irritierenden Wirkung der Lindenholzkohlepartikelchen zu. Husemann empfiehlt Holzkohle zur Absorption des Cytisins; aber sie scheint doch nur dadurch zu wirken, daß sie kolossales Erbrechen hervorruft und so große Giftmengen entfernt. Jedenfalls müßte, wenn man den Goldregen nicht ganz ausrottet, jeder Besitzer auf die immense Vergiftungsgefahr aufmerksam gemacht werden. Grätzer.

Sylla (Bremen), Behandlung diphtherischer und blennorrhoischer Erkrankungen des Auges. (Therap. Monatshefte. März 1907.) S. teilt die Erfahrungen mit, die er bei diphtherischen Augenentzündungen mit heißen $^1/_5$ $^0/_0$ igen Höllensteinlösungen gemacht hat. Diese Therapie hat sich hier ausgezeichnet bewährt, ebenso wie bei jenen Fällen von Conjunctivitis blennorrhoica, die mit bretthart er Infiltration der Lider und profuser Sekretion einhergehen. Grätzer.

L. Langstein, Bemerkungen zur Diagnose und Behandlung der Cystitis und Pyelitis im Kindesalter. (Therapeut. Monatshefte. Mai 1907.) L. betont vor allem, daß die Prävalenz der Allgemeinerscheinungen bei Mangel lokaler Symptome bei einem großen Teil der Fälle von Cystitis und Pyelitis im Kindesalter — insbesondere bei denen, die Säuglinge betreffen — die Harnuntersuchung bei unaufgeklärten Krankheitszuständen im Kindesalter unerläßlich macht. Unruhe, Blässe, Mattigkeit, Appetitlosigkeit sind oft die einzigen Symptome, fortwährendes Kränkeln, mangelnde Gewichtszunahme, verdrießliche Stimmung, vor allem aber unaufgeklärte Fieberzustände sollen den Arzt veranlassen, eine genaue Harnuntersuchung vorzunehmen.

Von Medikamenten bei der Behandlung bevorzugt L. das Urotropin; Säuglingen gibt er von einer Lösung von 1—3 g in 100 g Wasser 3mal täglich 10 ccm in Milch, älteren bis 1,5 g pro die.

Recht wirksam ist auch Salol; bei Säuglingen reicht er es 4 mal täglich zu 0,1—0,3 g, bei älteren Kindern zu 4 mal à 0,5. Besonders die Abwechselung zwischen den beiden Mitteln ist recht zweckmäßig.

Grätzer.

Schweckendieck (Lauenau), Ein Fall von traumatischem Diabetes mellitus. (Allgem. med. Central-Ztg. 1907. Nr. 1.)

Am 15. Oktober bekam ein 6 jähr. Kind einen Fußstoß in die Nabelgegend und lag 10 Minuten mit großen Schmerzen am Boden. In der Nacht kolossaler Durst und große Mengen Urin. Tags darauf fand S. bei dem bis dahin gesunden Kinde: Blässe des Gesichts, Kälte der Extremitäten, Puls 60, Temp. 37,1°. Leib in der Nabelgegend und rechts von ihr empfindlich. Öfters Erbrechen. Harn spez. Gewicht 1020, frei von Eiweiß und Zucker (Nylander).

Am 19. Oktober Harn spez. Gewicht 1030, $4^3/_4$% Zucker, viel Azeton.

Am 22. Oktober — die Symptome hatten bis dahin angehalten — Koma mit großer Atmung, Entleerung von schwarzem Blut mit dem Stuhlgang, einige Stunden später Exitus.

Es hatte entweder Blutung und ausgedehnte Nekrose des Pankreas oder eine Splanchnikus-Affektion vorgelegen. Am 2. Tage, wo im Harn Zucker nicht gefunden wurde, handelte es sich vielleicht um unvollständige Spaltungsprodukte des Zuckers, welche auf Nylanders Reagens nicht reagierten.

Grätzer.

Aust (Nauen), Schule und Infektionskrankheiten. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1907. Nr. 3.) Nach seinen Erfahrungen hat die Schule einen sehr starken Einfluß auf die Verbreitung der Infektionskrankheiten, so daß er es für eine unabweisbare Pflicht jedes Medizinalbeamten hält, alle gesetzlichen Mittel zur Unschädlichmachung dieses Hauptinfektionsherdes den Behörden in Vorschlag zu bringen. Zu diesen Mitteln gehört in erster Linie die rechtzeitige d. h. frühzeitige Schulschließung.

Grätzer.

Daae, Primäre Ohrendiphtherie. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 52. Heft 3.) Noch seltener als die sekundäre Otitis media acuta diphtherica sind die Fälle primärer Ohrdiphtherie. Den zwei bis jetzt in der Literatur bekannten schließt sich der vorliegende als dritter an. Ein 11 jähr. Knabe erkrankte mit rechtsseitigen heftigen Ohrschmerzen, die einige schlaflose Nächte verursachten. Die Untersuchung ergab eine Injektion und Vorwölbung des rechten Trommelfelles, der Warzenfortsatz war an der Spitze druckempfindlich. Nach Parazentese in Chloroformnarkose und Einträufeln von 10% Karbolglyzerin trat keine Besserung ein. Eitriger Ausfluß aus dem Ohr bestand nicht, es entleerte sich nur eine dünne, mit Blut gemischte seröse Flüssigkeit nebst einigen grau-weißen Fäden und Häutchen aus dem Gehörgang. Die bakteriologische Untersuchung der Membranen ergab Diphtheriebazillen. Kulturen vom Schleim der Nase und des Pharynx ergaben Kokken. Im Verlauf der Erkrankung wurde die Aufmeißelung des Processus mastoideus notwendig, auch in den Cell. mast. fanden sich zerfetzte Membranen. Es trat Heilung ein. Daß es sich in diesem Falle um primäre Ohrdiphtherie handelte, zeigt der Umstand, daß sich nur im Ohr klinische und bakterielle Symptome der Diphtherie fanden.

A. Sonntag (Berlin).

Koellreutter, Die Schwerhörigkeit der Neugeborenen als reine Störung im schallzuleitenden Teile des Ohres. (Zeitschr. f. Ohrenheilkd. 1907. Bd. 53. 2. u. 3. Heft.) Zur Sicherstellung der Frage, ob die Schwerhörigkeit von Kindern bis zum Alter von 14 Tagen auf die eigentümliche Beschaffenheit des schallzuleitenden Apparates allein, oder auf eine noch mangelhaft entwickelte Perzeptionsfähigkeit des schallempfindenden Teiles des Ohres zurückzuführen ist, untersuchte Verf. 20 neugeborene Kinder mit den Stimmgabeln der Bezoldschen Tonreihe Subkontra C, c^2, c^3 und dem Ton der Galtonpfeife c'^6. Außerdem benutzte er als Schallquelle noch das sog. Cricri. Die Versuche wurden so ausgeführt, daß weder auf optischem noch taktilem Wege das Kind ein Reiz treffen konnte; eine eventuelle Reaktion des Kindes, die sich durch blitzartiges Zucken der Augenlider und Stirnrunzeln bemerkbar machte, wurde aus der Übereinstimmung von mindestens drei anwesenden Personen konstatiert. K. kam nun zu folgenden Resultaten: das Cricri löste bei allen Kindern auch schon einige Stunden nach der Geburt stets eine deutliche Reaktion aus. Der Ton c^6 der Galtonpfeife löste ebenfalls bei allen Kindern 24 Stunden post partum eine deutliche Reaktion aus, diese blieb jedoch bei $^1/_4$ aller Kinder im Alter von 2—14 Tagen aus. Die tieferen Töne, Subkontra C, c^2 und c^3 lösten niemals eine Reaktion aus. Gerade die stets beobachtete Reaktion auf den Ton c^6 am ersten Lebenstage beweist nach den heutigen Anschauungen die Reizbarkeit des Akustikus, während das Nichthören der benutzten tiefen Töne auf eine Störung im schallzuleitenden Teile des Ohres zurückzuführen ist, für die ja auch die anatomische Grundlage gegeben ist. A. Sonntag.

W. Junge, Ein Fall von Angiosarkom (Peritheliom) am Halse bei einem 7 Monate alten Kinde. (Inaug.-Diss. Kiel 1906.) Es handelt sich um eine hühnereigroße, gelappte, wie ein Lipom sich anfühlende Geschwulst im rechten unteren Halsdreieck, den Raum zwischen Clavicula, Trapezius und Sternocleidomastoideus ziemlich ausfüllend. Die Längsachse läuft parallel mit der Clavicula, etwa 10—12 cm lang, ca. 5—6 cm breit; die Geschwulst anscheinend nicht schmerzhaft, verschieblich, aber nicht ganz angreifbar. Ca. 4 Wochen nach der Geburt war die Geschwulst walnußgroß. Der Arzt suchte sich durch Punktionen über den Inhalt des Tumors zu orientieren, doch war ihm die pathologisch-anatomische Bedeutung des Tumors unklar geblieben. Injizierte Lugolsche Lösung wurde regurgitiert. Beim Schreien wurde das Kind auffallend zyanotisch. Auf Druck Verkleinerung des Tumors, beim Nachlassen elastische Erweiterung, beim Schreien keine Vergrößerung. Exstirpation des Tumors durch Helferich bis auf einen 2—3 cm langen an der Grenze von mittlerem und äußerem Drittel der Clavicula nach unten gegen die Subclavia gehenden Zapfen, dessen Ende nicht zu fühlen ist. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung und der Vergleichung der Bilder mit den Beschreibungen und Abbildungen bei Dürck, Borst, Ribbert und Ziegler gelangt Verf. dazu, den Tumor als ein Peritheliom zu bezeichnen, gleichzeitig aber auch zu dem Urteil, daß es sich um einen nicht immer gutartig bleibenden Tumor handeln dürfte. Ist es schon nicht ausgeschlossen, daß der zurückgelassene Rest, durch die

Operation angeregt, in ein expansives Wachstum übergeht, das zu bedrohlichen Erscheinungen durch Druck auf lebenswichtige Organe führen kann, so ist bei den im allgemeinen gutartigen endothelialen Geschwülsten nicht selten mit hartnäckigen lokalen Rezidiven zu rechnen, wenn man von der selteneren Möglichkeit absieht, daß ein Jahr lang gutartig verlaufenes Endotheliom plötzlich ein rascheres Wachstum, Zerfall, Metastasenbildung, kurz alle Erscheinungen einer höchst bösartigen Geschwulst zeigt. Aus all diesen Gründen bezeichnet Verf. die Prognose trotz Operation als zweifelhaft. Bei der Seltenheit der Endotheliome im Säuglingsalter hat Verf. die Literatur einer Durchsicht unterzogen aber nur 3 Fälle gefunden, von denen jedoch nur einer einer genauen Kritik standhält; er betraf ein 16 Monate altes Kind. H. Netter (Pforzheim).

E. Kalb, Über einen Fall von idiopathischer Herzhypertrophie bei einem 6 Monate alten Kinde. (I.-D. München 1906.) Es handelt sich um eine angeborene idiopathische Herzhypertrophie mit Dilatation bei einem 6 Monate alten Knaben, für die weder anamnestisch noch durch den Sektionsbefund ein genügender Grund gefunden wurde. Vielleicht, daß durch die bei der Sektion gefundene Vergrößerung der Thymus der Raum im Thorax verringert wurde, und daß es dadurch zu einer Kompression der Lunge bzw. der Gefäße kam und so Widerstände für die Zirkulation des Blutes entstanden, die eine Herzhypertrophie zur Folge hatten. Jedenfalls geht aus dem mitgeteilten Sektionsprotokoll und aus der mikroskopischen Untersuchung der betreffenden Organe hervor, daß eine Klappenerkrankung, eine Nierenerkrankung und eine Degeneration des Herzmuskels ausgeschlossen werden können. Eine ärztliche Untersuchung hatte intra vitam nicht stattgefunden. Das Kind war nach Aussage der Mutter ein krankes gewesen, die Vergrößerung des Herzens hatte keine bemerkbaren Symptome gemacht. Einige Tage vor dem Tode hatte das Kind einen leichten Husten bekommen, am Abend vor dem Tod sollte es noch ganz munter gewesen sein. In der Nacht zweimaliges Erbrechen und darauf, wie in einem von Heubner beschriebenen Fall, tödlicher Kollaps. Es ist also wohl die starke Muskelanstrengung und der dabei erhöhte Blutdruck, wodurch dem ohnehin schwachen Herzen eine Arbeit zugemutet wird, die es in Anbetracht seines Zustandes nicht leisten kann und mit einem eventuellen Stillstand beantwortet. Das Herzgewicht betrug 62 g, nach der Statistik von Vierordt fast 3 mal schwerer als die Norm, der linke Ventrikel fast so groß wie ein kleines Hühnerei, auch die übrigen Höhlen deutlich erweitert. Die Maße des Herzens sind folgende:

Linke Ventrikelhöhle	6,0 cm	Rechte Ventrikelhöhle	5,9 cm
Linke Ventrikeldicke	0,9 „	Rechte Ventrikeldicke	0,3 „
Aortenumfang	3,1 „	Pulmonalumfang	3,4 „
Mitralis	5,8 „	Tricuspidalis	6,2 „

H. Netter (Pforzheim).

Georg Brommer, Ein Fall von infantiler Pseudobulbärparalyse. (I.-D. Erlangen 1906.) Längere Zeit hindurch in der Erlanger Kinderklinik beobachteter, zu der klassischen Form gehören-

der Fall, dessen ausführlicher Beschreibung eine kurze Darstellung von 16, der klassischen Form angehörenden Fällen der Literatur vorausgeht, unter Ausschluß der Fälle, die neben einer hochgradigen allgemeinen Gliederstarre auch Beteiligung an Kau- und Schluckmuskulatur aufwiesen, somit zu dem als „Littleschen Krankheit" bezeichneten Symptomenkomplex gehören. Als 17. Fall reiht sich der B.sche Fall den Beobachtungen von Barlow, Binswanger, Oppenheim, Bouchaud, Taussig, Sölder, Brauer, Kârmân, Alexejew, Halban, Peritz, Zahn und Kaufmann an. Kurz zusammengefaßt handelt es sich um ein 3jähr. Kind, das nach vollkommen normaler Entwicklung plötzlich mit 2 Jahren fieberhaft erkrankte und nach Ablauf dieser Erkrankung folgende Hauptsymptome zeigt: Lähmung der Zungen- und Pharynxmuskulatur, wobei hauptsächlich die willkürlichen Bewegungen erschwert erscheinen, während die reflektorischen erhalten sind, Dysarthrie und Dysphagie, Salivation sowie leichte spastische Lähmung der unteren Extremitäten. Dabei nirgends Atrophie und Entartungsreaktion der gelähmten Muskeln, ebensowenig fibrilläre Zuckungen. Bemerkenswert an dem Fall ist die Mitteilung, daß der Bruder an der gleichen Krankheit gestorben sein soll. Man kann sich vorstellen, daß beide Brüder mit einem von vornherein disponierten Nervensystem (ob der mäßige Alkoholismus von Vater und Großvater dabei eine Rolle spielen, sei dahingestellt) zur Welt gekommen sind und daß deshalb gerade die nervösen Zentralorgane von irgend einer akuten Fiebererkrankung schwer ergriffen werden konnten. Dies faßt der Autor als Encephalitis auf, die nach kurzer Zeit abklang und zur Heilung kam. Die Residuen der Encephalitis jedoch blieben zurück, eine Anzahl zerstörter Rindenfelder mit allen Ausfallserscheinungen, die eine solche Gehirnläsion hervorruft. Was die Psyche des kleinen Kranken betrifft, so reiht sich der B.sche Fall, soweit sich dies aus dem Krankheitsbericht beurteilen läßt, Binswangers Fall an, bei dem Idiotie bestand. Was den Verlauf angeht, so ist der B.sche Fall gleich den meisten in seinen Hauptsymptomen seit der Aufnahme ziemlich stationär geblieben.

H. Netter (Pforzheim).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

J. K. Friedjung (Wien), Über den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit der Erwachsenen nebst Bemerkungen über Stilldauer. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.) F. hat in einem Arbeiterturnverein bei 155 Turnern Nachforschungen angestellt und folgendes eruiert: Von 33 guten Turnern waren 24 Brustkinder (= 72 %), von 66 mittelmäßigen Turnern waren 44 (= 66 %) an der Brust ernährt, von 56 schlechten Turnern nur 32 (= 57 %).

Die größte Anzahl war nur 3 Monate gestillt; es scheint also im Volk die Meinung zu herrschen, eine weitere Zeit wäre die Brustnahrung kein dringendes Bedürfnis mehr.

Grätzer.

Lucien Rivet (Paris), Remarques sur les courbes de poids et de température dans les gastro-entérites infantiles. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Février 1907.) Der Verf. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen.

Die Wasserdiät ist die beste Methode für die akuten Erscheinungen; sind dieselben binnen 24, höchstens 48 Stunden noch nicht zum Schwinden gebracht, so kann die Ernährung mit mehligen Abkochungen dieselbe ersetzen. Die Gemüsesuppen können die Abmagerungsperiode hinausschieben, doch sind sie nicht imstande, dieselbe ganz aufzuheben. Ihre fortgesetzte Anwendung kann zu Erscheinungen der Kochsalzretention in Verbindung mit schwerer Anasarka führen. Das Aufnehmen der Ernährung mit Buttermilch bewirkt fast immer eine mehr oder weniger hohe Temperatursteigerung, das Buttermilchfieber, welche um so leichter ist, je später man nach dem akuten Stadium mit der Buttermilchernährung begonnen hat.

Die Abmagerungsperiode kann sich lange Zeit über die klinische Heilung der Krankheit verlängern und sogar zu einem kachektischen Zustande führen, manchmal mit Auftreten eines pseudo-addisonschen Syndroms.

Im Krankenhause muß man bei schweren Gastro-enteritiden immer auf sekundäre Infektionen gefaßt sein, die um so schwerer sind, je schwächer das Kind ist. Diese Infektionen können zum Tode durch Septikämie führen, oder, in leichteren Fällen, lokale Eiterungen bewirken, durch welche die Rekonvaleszenz verzögert wird.

Die Gewichtszunahme in der Rekonvaleszenz kann durch jedwedes Regime erzielt werden; am günstigsten wirkt die Ernährung an der Mutterbrust auf die Kinder ein, doch ist es in gewissen Fällen vorteilhaft, zu Mehlabkochungen oder zu rohem Fleische zu greifen, welche namentlich in jenen Fällen gute Resultate geben, wo Intoleranz für Milch besteht.

Es gibt aber Fälle, in welchen das Kind unter jedweder Ernährung immer mehr und mehr abnimmt und wo fieberhafte Temperaturschwankungen ohne sichtbare Veranlassung auftreten. In derartigen Fällen handelt es sich fast immer um Tuberkulose.

E. Toff (Braila).

G. Sicard, L'hydrocèle communicante tuberculeuse. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mars 1907.) Der Verf. hat zwei Fälle von doppelter kommunizierender tuberkulöser Hydrokele beobachtet und schildert in einem längeren Aufsatze diese nicht sehr häufige Krankheit. In beiden Fällen handelte es sich um isolierte Tuberkeln, ohne entzündliche Reaktion der Umgebung, und in beiden bestand gleichzeitig tuberkulöse Peritonitis. Es ist nicht anzunehmen, daß die Hydrokele primärer Natur war, sondern vielmehr, daß dieselbe nur den Ausdruck des Übergreifens einer tuberkulösen Peritonitis auf den vagino-peritonealen Kanal darstellte. In klinischer Beziehung ist aber die kommunizierende tuberkulöse Hydrokele oft die erste Erscheinung einer tuberkulösen Peritonitis, und daher ist die Diagnose derselben von besonderer Wichtigkeit. Oft bestehen durch längere Zeit keinerlei sonstige Symptome der Peritonitis.

Der operative Eingriff ist in allen derartigen Fällen anzuraten, um so mehr, als durch denselben eine gewisse Quantität aszitischer Flüssigkeit entleert wird und auf diese Weise in ähnlicher Art auf die tuberkulöse Affektion des Bauchfelles eingewirkt wird, wie durch eine mediane Laparotomie. E. Toff (Braila).

Froelich (Nancy), Tumeur congénitale de la grande lèvre droite. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mars 1907.) Das betreffende, 5jährige Mädchen hatte bei der Geburt eine faustgroße Geschwulst des rechten Labiums; dieselbe vergrößerte sich stetig und erreichte endlich den Umfang eines Kindskopfes. Dieselbe war von rotblauer Farbe, von Haut bedeckt, auf welcher sich zahlreiche warzige Gebilde vorfanden, und dehnte sich, mit breiter Basis fest aufsitzend, sowohl über die Symphise, als auch über die ganze rechte Inguinalgegend aus. In der linken Leistenbeuge waren mehrere, bis haselnußgroße, harte Drüsen zu fühlen. Die Untersuchung der Lungen ergab eine Infiltration der rechten Lungenspitze. Der Verf. stellte die Diagnose auf Dermoidzyste und beschloß die chirurgische Entfernung derselben, trotz des schlechten Allgemeinzustandes des Kindes und trotz der Möglichkeit, daß eine maligne Entartung nicht auszuschließen war. Es war aber vorauszusehen, daß bei zuwartendem Verhalten das Kind mit Sicherheit verloren war. Die Ablation ging ohne besondere Schwierigkeit vor sich, doch mußten zum Decken des großen Substanzverlustes Hautteile vom Bauche und Schenkel herangezogen werden. Obzwar an einer Stelle Eiterung eintrat, konnte doch Heilung erzielt werden. 6 Monate später war die kleine Patientin vollkommen wohl, hatte guten Appetit und erholte sich rasch. Auch die Tuberkulose scheint nach Entfernung der zehrenden Geschwulst zum Stillstand gekommen zu sein. E. Toff (Braila).

Ch. Viannay et **Ch. Bourret** (Lyon), Rétrécissement infranchissable de l'oesophage; gastrostomie; cathétérisme rétrograde; guérison. (Revue mens. des maladies de l'enfance. Mars 1907.) Geschwüre der Speiseröhre infolge von Scharlach gehören zu den seltenen Vorkommnissen; noch seltener sind Verengerungen der Speiseröhre infolge narbiger Kontrakturen, die sich auf Grund solcher Geschwüre entwickelt hatten. Die Verff. hatten Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten und auf operativem Wege zur Heilung zu bringen.

Es handelte sich um einen 6jährigen Knaben, welcher 6 Monate früher eine ziemlich schwere Skarlatina durchgemacht hatte; 15 Tage später trat eine gewisse Behinderung beim Schlucken auf, welche immer zunahm, derart, daß das Kind schließlich auch keine Flüssigkeiten mehr zu sich nehmen konnte. Die Ösophagoskopie ergab eine große Dilatation des Ösophagus oberhalb einer außerordentlich verengten Stelle, durch welche auch die feinste Sonde nicht durchgeführt werden konnte. Die Entfernung derselben von den Schneidezähnen betrug 27 cm. Es wurde die Gastrotomie ziemlich an der Cardia vorgenommen und dabei versucht, in retrograder Weise den Ösophagus zu sondieren. Nach mehrfachen Versuchen gelang dies, nachdem man eine steife, vorne offene Sonde eingeführt und durch das Lumen der-

selben eine andere, sehr feine in die strikturierte Stelle gebracht hatte, ähnlich wie man dies bei schwer durchdringlichen Harnröhrenstrikturen vornimmt. Mit dieser Sonde wurde ein dicker Seidenfaden durchgeführt und liegen gelassen, indem das eine Ende beim Munde, das andere bei der Magenöffnung herausragte. Angeknüpft an denselben konnten im Laufe der Zeit immer dickere Sonden durchgezogen werden, so daß man endlich dazu gelangte, die Sonde Nr. 28 anstandslos durchzuführen. Der kleine Patient konnte anstandslos jedwede Nahrung zu sich nehmen, nur große Fleischbissen gingen mit einiger Schwierigkeit durch, und wurde auch später zweitweilig sondiert; inzwischen hatte das Körpergewicht um 9 kg zugenommen.

E. Toff (Braila).

A.-B. Marfan (Paris), Nouveau procédé de détubage par expression digitale. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mai 1907.) Zur Extraktion der Intubierungskanüle sind mehrere Methoden angegegeben worden, von denen jede gewisse Vorteile und mancherlei Nachteile hat. Am einfachsten erscheint jene, die Kanüle mit einem Faden zu befestigen und denselben auf der Wange mit etwas Kollodium zu befestigen. Doch reißen die Kinder sehr oft den Faden los, zerbeißen denselben und im Augenblick der Gefahr, dann, wann man die verstopfte Kanüle rasch entfernen muß, kann man die Extraktion nicht vornehmen und muß zur Zange greifen.

Die instrumentelle Entfernung der Kanülen mit der rigiden Zange von O'Dwyer bietet auch oft bedeutende Schwierigkeiten dar, ja, man kann sogar sagen, daß mitunter die Entfernung der Röhre mit größeren Schwierigkeiten verbunden ist, als die Einführung.

Am einfachsten würde die Detubierungsmethode von Bayeux erscheinen; das Kind sitzt auf dem Schoße eines Gehilfen mit leicht nach vorne geneigtem Halse; der Operateur drückt mit der linken Hand den Kopf nach rückwärts, während er mit der rechten den Hals umgreift, derart, daß der Daumen auf die Trachea zu liegen kommt, und zwar auf dem unteren Ende der Kanüle. Während nun der Kopf des Kindes nach vorne gebeugt wird, drückt der aufgelegte Daumen die Kanüle nach oben und enukleiert sie gleichsam auf diese Weise. Sie gelangt in den Rachen und wird nun ausgespuckt. Auch diese Methode hat gewisse Nachteile, namentlich den, daß sie bei Anwendung langer Kanülen kaum ausgeführt werden kann, und außerdem gelangt die Kanüle oft hinter den weichen Gaumen und muß von hier erst nachträglich und mühsam mit einer Zange entfernt werden.

Der Verf. hat nun eine andere Methode der digitalen Exprimierung angewendet und gefunden, daß dieselbe allen anderen überlegen ist und sowohl bei langen, als auch bei kurzen Kanülen gute Resultate ergibt. Um dieselbe vorzunehmen, wird das zu detubierende Kind auf einem Tisch auf den Bauch derart gelegt, daß Kopf und Hals die Kante überragen; ein Gehilfe fixiert dasselbe in dieser Stellung. Der Operateur hält nun den Kopf des Patienten mit der linken Hand, derart, daß er die Stirne umgreift, den Daumen auf die rechte Schläfe und die übrigen Finger auf die linke Schläfe legt. Mit seiner rechten Hand umgreift er nun derart den Hals, daß

die Volarfläche der Spitze des Zeigefingers auf die Luftröhre zu liegen kommt und hier das untere Ende der Kanüle fühlt und fixiert, während der Kopf des Kindes etwas in die Höhe gehoben wird und zwar um so mehr, je länger die Kanüle ist. Hierauf wird der Kopf leicht nach vorne gebeugt und die Kanüle mit dem Zeigefinger nach oben (vorne) gedrückt. Dieselbe gelangt in den Mund und fällt in eine untersetzte Schüssel.

M. hat nach seiner Methode sowohl die kurzen Kanülen von Sevestre, als auch seine eigenen mittlerer Größe, sowie auch die langen von O'Dwyer immer mit Leichtigkeit entfernen können. Nur die Kanülen von Froin boten einige Schwierigkeiten dar, konnten aber auch immer entfernt werden. E. Toff (Braila).

Victor Veau (Paris), Les fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens. (Archives de méd. des enf. Janvier 1907.) Es gibt eine gewisse Anzahl von Fibrosarkomen des Halses, welche außerhalb des Nasenrachenraumes ihren Ursprung nehmen und schon von König als extra-pharyngeale Polypen bezeichnet worden sind. Der Ausgangspunkt derselben ist ein sehr verschiedener, je nachdem er mit dem Perioste, der Aponeurose, den Nervenstämmen oder gar den Hirnhäuten zusammenhängt. In anderen Fällen wird gar kein Stiel gefunden, und man bezeichnet die betreffenden Fibrosarkome als essentielle.

In anatomisch-pathologischer Hinsicht unterscheiden sich die betreffenden Geschwülste keineswegs von den Fibrosarkomen anderer Gegenden. Man findet denselben weißgelblichen Schnitt, welcher unter dem Messer knirscht, und dieselben histologischen Charaktere.

Die Größe der Geschwülste ist eine sehr verschiedene; man findet haselnußgroße, die lange Zeit diese Größe beibehalten, und andere, welche in kurzer Zeit die Größe eines Kindskopfes erreichen. Fast alle derartigen Geschwülste sind anfänglich gutartiger Natur und werden, nach einem kürzeren oder längeren Zeitraum, malign. Ein rechtzeitiges Erkennen der Krankheit und operatives Entfernen der Geschwulst ist also geboten. E. Toff (Braila).

N. Pézopoulos et **J. P. Cardamatis** (Athènes), Du paludisme congénital. (Archives de méd. des enf. Janvier 1907. S. 29.) Die Verf. haben Untersuchungen angestellt, um sich zu überzeugen, ob die Annahme, daß Malariaplasmodien nicht von der Mutter auf den Fötus übergehen können, richtig sei. Sie fertigten zahlreiche Präparate vom mütterlichen und kindlichen Blute unmittelbar nach der Geburt an, und während sie in ersterem zahlreiche Protozoarten fanden, war dies bei letzteren keineswegs der Fall. Auch im Blute eines im fünften Schwangerschaftsmonate abortierten Fötus waren keine Malariaplasmodien zu finden. Weiter wurde festgestellt, daß bei den betreffenden malariakranken Frauen Plasmodien im mütterlichen Teile der Plazenta zu finden waren, keineswegs aber im kindlichen. Auch im Blute der Nabelschnur konnte nichts nachgewiesen werden. Der Schluß, daß die betreffenden Mikroorganismen aus dem mütterlichen Blutkreislauf nicht in den kindlichen gelangen können, ist also vollauf berechtigt. Dies erklärt auch die Tatsache, daß Kinder von schwer malariakranken Frauen keineswegs durch die Krankheit der

Mutter in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden, vielmehr sich bei der Geburt besten Wohlbefindens erfreuen. Auch die Untersuchung des Hämoglobingehaltes zeigt bei Neugeborenen keineswegs jene niedrigen Zahlen, welche man bei den betreffenden fieberkranken Müttern nachweisen kann. Die Verf. nehmen also an, daß das Blut des Fötus die Fähigkeit besitzt, die Toxine der Laveranschen Plasmodien zu neutralisieren. Auch sonst scheinen Kinder eine gewisse Resistenz gegen Wechselfieber zu besitzen. Koch hat Kinder in Afrika gesehen, welche zahlreiche Plasmodien in ihrem Blute beherbergten, ohne aber irgendwelche Gesundheitsstörung darzubieten. Auch die Verff. hatten Gelegenheit gehabt, ein 35 tägiges Kind zu untersuchen, welches zahlreiche Vivaxparasiten beherbergte und sich trotzdem guter Gesundheit erfreute. E. Toff (Braila).

N. Tchistowitsch, Die Blutplättchen bei den akuten Infektionskrankheiten. (Russki Wratsch. 11. Nov. 1906; Semaine médicale. 1907. Nr. 7.) Um sich Rechenschaft zu geben über die Rolle, welche die Hämatoblasten bei den akuten Infektionskrankheiten spielen, hat Verf. die Veränderungen in der Zahl dieser kleinen Elemente bei der fibrinösen Pneumonie, beim Gesichtserysipel bei den Masern, bei der phlegmonösen Angina, Variola, Skarlatina und Diphtherie studiert. Dabei ergab sich, daß bei all diesen Krankheiten, mit Ausnahme des Scharlachs, während der Akme der fieberhaften Periode eine Verringerung des Gehalts an Blutplättchen stattfindet, die während der Endphase des Fiebers und im Verlauf der Rekonvaleszenz einer Vermehrung Platz macht. Was den Scharlach betrifft, so zeichnete sich derselbe durch eine mehr oder minder starke Vermehrung der Zahl der Hämatoblasten aus, die jedoch keineswegs mit dem Beginn der Krankheit zusammenfällt. Während der folgenden Tage bleibt dann die Zahl annähernd normal oder verringert sich sogar. Die Zahl der Hämatoblasten folgt beim Scharlach im ganzen der gleichen Entwicklung wie bei den anderen Infektionskrankheiten, mit dem Unterschied freilich, daß beim Scharlach die Periode der Verringerung bei weitem kürzer und ihre Vermehrung eine bedeutendere ist. Dabei ist zu bemerken, daß jede im Verlauf des Scharlach eintretende, von einer Fieberexazerbation begleitete Komplikation von einer vorübergehenden Verminderung der Zahl der Blutplättchen beantwortet wird. Bei der Diphtherie ist die numerische Verminderung der Hämatoblasten besonders ausgesprochen und sie persistiert noch lange Zeit nach dem völligen Abklingen des lokalen Krankheitsprozesses, ohne daß dabei Seruminjektionen den mindesten Einfluß ausübten. T. glaubt aus diesen Tatsachen die Schlußfolgerung ziehen zu dürfen, daß auf jede Invasion von pathogenen Keimen der Organismus nicht nur mit einer Änderung in der Zahl der Leukozyten, sondern auch mit einer solchen des Gehalts an Hämatoblasten reagiert, indem letztere anfangs eine Verminderung zeigen, der im Verlauf der Rekonvaleszenz eine Vermehrung folgt. Angesichts der Regelmäßigkeit, mit der sich diese Phänomene jeweils abspielen, neigt Verf. zu der Annahme, daß, ganz wie die weißen Blutkörperchen, die Blutplättchen aktiv in den Kampf des Organismus gegen die Infektion eingreifen, besonders während der Periode der sich entwickelnden

Immunität. Möglich, daß diese kleinen Elemente mit der Bildung gewisser defensiver Substanzen (Antitoxine, Agglutinine, Stimuline usw.) zu tun haben, eine Annahme, die sich mit den Untersuchungen von Wright wohl vertrüge, wonach die Hämatoblasten in Milz und Knochenmark entstehen, an den Stätten also, die in gleichem Maße als die Hauptquelle dieser defensiven Substanzen gelten.

H. Netter (Pforzheim).

M. H. Audeoud, Ein Fall von Purpura fulminans bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren. (Revue méd. de la Suisse romande. April 1906.) Die ganze Krankheit verlief in 17 Stunden und, wie fast stets, tödlich. Bei dem bis dahin völlig gesunden Knaben zeigte sich um 8 Uhr morgens in der linken Inguinalfalte eine Ekchymose. Um 9 Uhr schon ist der ganze Körper von kleinen, dunkelroten Flecken bedeckt; dabei Anorexie und geringes Fieber. 6 Stunden später ist der allgemeine Zustand schon sehr schlecht, die Gesichtsfarbe bleigrau, der Puls klein, die Extremitäten kalt, die Blutaustritte variieren der Größe nach von einer Erbse bis zu einem 2 Fr.-Stück Überführung in das Hospital. Um 5 Uhr nachmittags ist die Rektumtemperatur 40,6°, die Extremitäten kalt, Puls unzählbar. Um $7^1/_2$ Uhr hat sich die Purpura noch weiter ausgebreitet, auf den Wangen finden sich handtellergroße Plaques, auf den Beinen große violette bis fast schwärzliche Hämorrhagien. Ununterbrochenes Schreien. Um 11 Uhr nachts Temperatur 41°. Eine Stunde später Konvulsionen, das Kind verfällt in einen komatösen Zustand und stirbt um 1 Uhr morgens. Eine Sektion konnte nicht gemacht werden. H. Netter (Pforzheim).

Petrini-Galatz, Contribution à l'étude clinique et histopathologique de l'épidermolyse bulleuse dystrophique et congénitale. (Annales de Derm. et de Syph. 1906. Nr. 8 u. 9.) Diese eigenartige Erkrankung, welche meist bald nach der Geburt erscheint und Mädchen eher wie Knaben betrifft, fand Verf. bei 5 unter 7 Kindern der gleichen Familie. Zwei von diesen kamen zur besonderen Behandlung, die anderen Fälle gehörten der Vergangenheit an. Die Blasen bestanden vereinzelt, mit serösem oder sanguinolentem Inhalt, bevorzugten die Streckseiten der Extremitäten, Hände und Zehen, vor allem die Metacarpo-phalangeal-Region. Die Blasen wiederholten sich auf den gleichen Stellen nicht, hinterließen aber weißliche oder keratotische Narben und Miliumkörperchen. Die betroffenen Nägel wurden oft gänzlich zerstört. Durch Experimente und Beobachtung wurde festgestellt, daß Traumen keinen Einfluß auf die Erkrankung ausübten, ebensowenig war eine bakteriologische Ursache aufzufinden. Die sehr eingehenden histologischen Untersuchungen, welche im Original nachgelesen werden müssen, lassen entzündliche Zustände ausschließen und sprechen vielmehr für die Theorie des nervösen und vaskulären Ursprungs der Epidermolysis bullosa. Die Behandlung bestand in Boraxbädern, Duschen, Injektionen von kakodylsaurem Natron, lokaler Applikation auf die Blasen von Borvaselin, innerlich Arsen, später Phosphorsäure. Max Joseph (Berlin).

v. Lesseliers, Contribution a l'étude du Lichen scrofulosorum. (Annales de Derm. et de Syph. 1906. Nr. 11.) Unter 17

histologisch untersuchten Fällen von Lichen scrofulosorum fanden sich bei 14 Patienten die typische tuberkulöse Struktur, massenhafte runde epitheloide und Riesenzellen, in zwei Fällen bei sonst tuberkulöser Struktur nur eine bzw. keine Riesenzelle, ein letzter Fall stellte sich als einfacher Entzündungsprozeß dar. Der Tuberkelbazillus war nicht nachzuweisen. Alle Patienten litten außerdem an innerer Tuberkulose oder Lupus. Die Tuberkulininjektion hatte den Erfolg, den zuvor zweifelhaften Charakter der Erkrankung deutlich zu gestalten, vorher geringe oder gar nicht erkennbare Lichensymptome wurden nach Tuberkulin ausgedehnter, typisch in der Erscheinung und bei histologischer Untersuchung auch in der tuberkulösen Struktur. Hingegen betont Verf., daß keinerlei Veranlassung vorläge zu einer Trennung des spontanen Lichen scrofulosorum von dem nach Tuberkulininjektionen erschienenen, vielmehr ging aus den histologischen Untersuchungen der künstlich hervorgerufenen Eruptionen hervor, daß hier überall zuvor bereits ein Lichen scrofulosorum in Latenz bestanden hatte und durch die Injektionen nur in Erscheinung getreten war. **Max Joseph** (Berlin).

R. V. Solly, Akute lymphatische Leukämie. (Lancet. Bd. I. 23. Juni 1906.) Gegenstand der Beobachtung war eine kleine 13 jähr. Italienerin, bei der als früheste Krankheitszeichen große Schmerzen in der Milzgegend und in den Waden aufgetreten waren. Die Menstruation war eine äußerst starke und die Kranke war in hohem Grade anämisch. Das Zahnfleisch war geschwollen und blutete leicht, war aber nicht geschwürig. Die Milz war vergrößert und sehr empfindlich, die Lymphdrüsen des Halses, der Axilla und der Inguinalgegend waren ebenfalls vergrößert. Die Milz überragte den Rippenbogen um 3,3 Zoll, die Leberdämpfung betrug in der Vertikallinie 5 $^1/_4$ Zoll, ihr Rand war empfindlich, die Herzgröße etwas nach links disloziert. Neben steigenden Arsenikdosen wurde die Milzgegend täglich 10 Minuten lang mit Röntgenstrahlen behandelt. Am Tag nach der Aufnahme Epistaxis bei Fortdauer der Menstruation. Nach 2 Tagen hatte sich die Milz um 1 Zoll verkleinert. Die Patientin fühlte sich nun frei von Schmerzen und schien im ganzen besser; dabei waren unterdessen auch die Tonsillen beträchtlich größer geworden. Etwa 2 Tage später geriet das Kind in einen heftigen Erregungszustand, wobei es beständig wimmerte. Von diesem Zeitpunkt an verschlimmerte sich der Zustand immer mehr und der Tod trat nach einer Krankheitsdauer von im ganzen 14 Tagen im Zustand tiefen Komas ein. Thymus und Tonsillen bestanden aus einem mit Lymphozyten vollgestopften Netzwerk. Die Lymphozyten waren meist ziemlich klein, mit gut gefärbtem Kern mit nicht darstellbarem Protoplasma. **H. Netter** (Pforzheim).

Wm. Wright, Kindersterblichkeit und Ziegenmilch. (Lancet. 3. Nov. 1906. Bd. II. S. 1212.) W. setzt die Vorteile der Ziegenmilch bei der Kinderernährung auseinander. Die Ziege, sagte er, ist praktisch immun gegen die Tuberkulose, und in den wenigen Fällen einer tuberkulösen Erkrankung ergab sich mit geringen Ausnahmen als Ursache das Eingeschlossensein mit kranken Kühen und eine Ansteckung durch diese. Da ferner die Ziegen reinlicher sind

als die Kühe und infolge der Konsistenz ihrer Fäzes Euter und Milch weniger der Gefahr der Verunreinigung ausgesetzt sind, so bietet auch nach dieser Richtung die Ziegenmilchernährung gewisse Vorteile. Dazu kommt, daß das Ziegenmilchkasein flockiger und leichter verdaulich ist als das Kuhmilchkasein und auch darum für Säuglinge geeigneter. Das gegen die Ziegenmilch wegen ihres Geruches bestehende Vorurteil ist unberechtigt. Allerdings, wenn man die Tiere überall herumstreifen und nach Belieben Unkraut, Baumzweige usw. fressen läßt, mag die Milch hernach einen besonderen Geruch bekommen, was nicht der Fall ist, wenn man die Tiere auf einer englischen Wiese oder dergl. weiden läßt. In diesem Fall unterscheidet sich die Ziegenmilch im Geruch nicht von der Kuhmilch. Die Ziege liefert im allgemeinen viel Milch und der Konsum in derselben ist z. B. in Italien und Norwegen ein recht großer, die Säuglingssterblichkeit dagegen eine geringe. H. Netter (Pforzheim).

A. Hill Buchan u. John M'Gibbon, Ein Fall von kongenitaler Anämie mit Ikterus. (The Scottish med. and Surg. Journal. September 1906.) Es handelt sich um einen wohlentwickelten, am 7. Oktober 1904 nach einer leichten Geburt und normalen Schwangerschaft geborenen Knaben. Infolge von Adhärenz der Plazenta leichte Hämorrhagie. Nabelstrang blaß und von großen Dimensionen. Man bemerkte beim Kind allgemeinen Ikterus, findet eine geringe Leber- und Milzschwellung. Die gelbe Farbe verschwand allmählich in der 2. Woche, Milz und Leber blieben aber vergrößert. An Spitze und Basis des Herzens ein systolisches Geräusch. Lymphdrüsen allenthalben ein wenig hypertrophisch, Stuhl entfärbt. Die Milz ist gegen die 5. Woche bis zur Mitte einer Nabel und falsche Rippen verbindenden Linie herabgestiegen, dann trat eine Verkleinerung des Organs ein. Das Kind hatte 3 Wochen hindurch 1 Tropfen Sol. Fowleri erhalten. Am Ende der 7. Woche ist die Situation folgende: Ikterus von Brust und Bauch verschwunden, aber im Gesicht noch vorhanden, Leber und Milz annähernd normal, die Polyadenopathie zurückgegangen, ebenso die Herzgeräusche. Im Juli 1906 ist das Kind gesund und kräftig. Eine Blutuntersuchung am 21. Oktober 1904 hatte folgendes Resultat: Hämoglobin 25 pro 100, rote Blutkörperchen 1840000, weiße 23696, davon 41 °/₀ polynukleäre neutrophile, 2,5 °/₀ polynukleäre eosinophile, 43,5 °/₀ Lymphozyten, 9,4 °/₀ große mononukleäre, 2,2 °/₀ neutrophile Myelozyten. Verff. nehmen als wahrscheinlich an, daß es sich um eine akute Toxämie beim Neugeborenen gehandelt hat. H. Netter (Pforzheim).

J. G. Sheldon, The Joint Affections of Hemophilia. (N. Y. Med. Record. 27. Okt. 1906.) Gewöhnlich werden akute Gelenkaffektionen als traumatisch oder rheumatisch angesehen. S. glaubt jedoch, daß oft solche Affektionen durch Hämophilie verursacht werden, und bespricht 3 Fälle, die unter seine Beobachtung gelangten. In allen seiner Fälle erschienen die Symptome ganz plötzlich, mit Geschwulst, Rötung und Fieber. Die Kinder litten an heftigen Schmerzen in den Gelenken, die Druckempfindungen waren jedoch verhältnismäßig viel linder als bei traumatischen oder rheuma-

tischen Gelenkentzündungen. In 2 Fällen (Knaben) erschienen die Symptome mehrmals innerhalb eines Jahres, und die Kinder starben endlich an unstillbaren Blutungen. Der dritte Fall, ein Mädchen, 6 Jahre alt, ist noch am Leben, hat aber schon 3 Anfälle durchgemacht, Untersuchung des aspirierten Blutes von den Gelenken für Mikroorganismen erwies sich negativ. H. B. Sheffield.

George Weiß, A Remarkable Case of Precociousness. (The Med. Brief. Vol. XXXIV. Nr. 5.) Verf. beschreibt und illustriert einen merkwürdigen Fall von Frühreife bei einem Mädchen, $4\,{}^1/_2$ Jahr alt. Sie stammt von deutschen Eltern her und hatte 14 normale Geschwister, von denen vier während der Kindheit an akuten Krankheiten starben. Das Kind menstruierte zum ersten Male als es 4 Monate alt war und seither regelmäßig alle 4 Wochen. Ihre Mammae und Genitalorgane sind vollständig entwickelt, wie bei einem 18jähr. Mädchen. Sie wiegt 70 Pfund und ist 4 Fuß 2 Zoll groß. Im allgemeinen macht sie den Eindruck von einem 12jährigen, begabten Mädchen. H. B. Sheffield.

Antonio Jovane, Die Blaumethylenreaktion im Urin gesunder und kranker Kinder. (La Pediatria. 1906. Nr. IV.) Russo hatte mitgeteilt, daß er in vielen Fällen von Typhus und anderen Krankheiten, bei denen die Diazoreaktion positiv war, konstant eine grüne Farbenreaktion erhalten habe, wenn er zu 5 ccm Urin 4 Tropfen einer $1\,{}^0/_{00}$ igen Methylenblaulösung hinzusetzt; diese Reaktion könne im allgemeinen die Diazoreaktion ersetzen. Auf Grund seiner Untersuchungen hat Verf. nicht bestätigen können, daß die eine Reaktion für die andere eintreten könne. F.

Ballista Burzagli, Ein einfaches und wirksames Mittel, um die mangelhafte Milchsekretion bei der Frau hervorzurufen. (La Pediatria. 1906. Bd. IV.) Verf. hat ein altes, noch von Trousseau gerühmtes, aber in Vergessenheit geratenes Mittel wieder versucht, nämlich den Anis. Es wurde ein Infus von Anis 25 : 1000 verschrieben, von dem im Laufe von 24 Stunden 12 Löffel gegeben und mit dem auch 4—5 mal täglich Umschläge auf die Brust gemacht wurden. Verf. verfügt bisher über 7 Fälle, in denen die mangelhafte oder fehlende Sekretion so reichlich wurde, daß die Frauen ihre Kinder nähren konnten. F.

Leto Carmelo, Rückkehr der Milch zum Zustand des Colostrums und Cytoprognose der Laktation. (La Pediatria. 1906. Bd. VIII.) Normalerweise findet man in der Milch vom vierten, fünften Tage nach der Geburt nur Milchkügelchen verschiedener Größe und Körper von verschiedener rundlicher, halbmondförmiger Form, die nichts anderes darstellen, wie protoplasmatische Epithelresiduen, die nach Ansicht des Verf.s von dem Pressen der Brustwarze beim Saugen herrühren. Die Milch kehrt zu einem Zustand zurück, der sich dem des Colostrums nähert, wenn die Milch spärlich und die Sekretion daher verlangsamt ist oder wenn die Milch zwar reichlich, das Kind aber schwächlich ist und wenig saugt. Da in diesem Falle die Brüste sich nicht völlig entleeren können und infolgedessen ein Mißverhältnis

zwischen Sekretion und Exkretion besteht, so würde das Fett von den Colostrumkörperchen in den Kreislauf transportiert werden. Dieselbe Bedeutung würde die Anwesenheit der Colostrumkörperchen in der Milch der Brust haben, die nicht dem Säugling gegeben wird, hier kehrt das nicht eliminierte Fett in den Körperchen in den Kreislauf zurück. F.

O. Federici, Die akute Chininvergiftung bei Kindern. (L'advelenamento acuto da chinina nel bambini.) (Rivista di Clinica Pediatria. 1906. Bd. V.) Es handelt sich um ein 16 Monate altes Kind, das in einem unbewachten Augenblick 20—25 Chininbonbons (4—5 g) verschluckte. Nach einer halben Stunde bemerkte man, daß es blaß und unruhig, an den Extremitäten kalt geworden war und sich vor Leibschmerzen krümmte; dann traten fortwährendes Erbrechen und Konvulsionen ein, Bewußtlosigkeit, allgemeine Hyperästhesie. Die mydriatischen Pupillen reagierten auf Lichtreiz nicht, der Radialpuls war nicht wahrnehmbar. Nach $2^1/_2$ Stunden trat Exitus ein. Bei der Autopsie fand sich Hyperämie des Zentralnervensystems; im linken Herzventrikel wenig Blut. Das Blut zeigte geringe Tendenz zur Koagulation. Der Magen von Gas aufgetrieben; seine Schleimhaut ist an der großen Kurvatur etwas hyperämisch; es befindet sich daselbst ein dreimarkstückgroßes Geschwür; im Duodenum Hyperämie, im übrigen Darmkanal Enteritis follicularis und Colitis ulcerosa. Die Untersuchung des Mageninhalts und des Urins ergibt positive Reaktion für Chininsalze. Bemerkenswert ist in diesem Fall der schnelle Verlauf der Erkrankung und das Vorwiegen der nervösen Symptome. Die Ulzeration im Magen erachtet Verf. für kadaverös. F.

S. Citelli, Un caso molto raro di sordo emutismo per porpora emorragica. (Archivio ital. di Otologia. 2e S. 1906. Bd. XII. S. 276.) Ein 2 jähriges Kind wird plötzlich von Fieber, ohne Gliederschmerzen, befallen; bald darauf zeigen sich hämorrhagische Flecke auf der Haut, welche sich bald auf den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts, ausbreiten; zuerst rot, werden dieselben in weiterem Verlaufe schwarz, schließlich gelb. Keine Blutungen auf oder aus den Schleimhäuten. Mit den besagten Erscheinungen sehr ausgesprochene zerebrospinale Symptome: Koma während 14 Tagen mit Paraparese besonders rechts; Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, ebenfalls mehr rechts; Patellarreflex rechts aufgehoben, links herabgesetzt; kein Erbrechen, keine Nackenstarre, keine Augenmuskellähmungen usw., also keine meningitischen Erscheinungen, auch fehlte in der Gegend Meningitis cerebrospinalis. Temperatur zwischen 37,5 bis 39°, Puls 95—155, kein Blutharn, keine Albuminurie. Während der Krankheit gab das Kind keinen Laut von sich und konnte nur durch Schütteln aus dem Sopor gebracht werden, niemals durch lautes Anrufen. Nach erfolgter Heilung blieb das Kind total taub und hatte einen abnormen Gang, dieser besserte sich allmählich. Die Taubheit blieb unverändert, und es kam nach und nach zu Taubstummheit. Bei der Ohrenuntersuchung: mäßige Einziehung beider Trommelfelle durch ziemlich ausgebildete adenoide Vegetationen. Verf. meint, daß die Taub-

heit wahrscheinlich durch beiderseitige Blutung ins Labyrinth im weiteren Sinne des Wortes zustande gekommen sei, wie es bei anderen infektiösen Prozessen geschieht, und so hätten wir nunmehr auch die Purpura haemorrhagica als Ursache von Taubstummheit zu verzeichnen.

H. Netter (Pforzheim).

Bruinsma, Zunahme im Körperbau der männlichen Bevölkerung in Holland. (Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. I. S. 1495.) Aus einem sehr ausgebreiteten statistischen Materiale von Messungen an Militärpflichtigen kommt B. zu Resultaten, die hier und da im Widerspruch mit den erhaltenen Resultaten in anderen Ländern stehen.

Aus B.s Untersuchungen mit Beziehung zum holländischen Materiale ergab sich folgendes:

I. Von dem Jahre 1863 ist eine allmähliche Zunahme der durchschnittlichen Körperlänge im Alter von 19 Jahren zu konstatieren. Im Jahre 1863 betrug sie 1,641 m, im Jahre 1903 nahm sie 3 cm zu.

II. Während früher mehr Kleine und weniger Große aus den Städten kamen, ist dies in den letzten Jahren gerade umgekehrt und kommen aus den Städten mehr Große und weniger Kleine.

III. Mit einer Vermehrung der durchschnittlichen Körperlänge Hand in Hand ging eine Verminderung der Anzahl der für den Dienst Tauglichen, so daß die Vermehrung der Körperlänge ungünstig auf den allgemeinen Gesundheitszustand gewirkt hat.

IV. Die Vermehrung der Körperlänge war bei den Söhnen der besseren Stände am stärksten ausgesprochen.

V. In jedem Alter hat die Zahl kleiner allmählich abgenommen.

VI. Gleichwie in einem bestimmten Jünglingsalter die Körperlänge, so hat auch der Umfang des Kopfes und die Größe der Füße zugenommen.

Graanboom.

Moncorvo (Rio de Janeiro), Ein Fall von Thyreoiditis bei einem 2monatlichen Kinde. (La Med. de los niños. März 1907.) Verf. sah ein Kind von 2 Monaten, das bei sonstigem Wohlbefinden eine Schilddrüsenschwellung von der Größe zweier Taubeneier aufwies. Der Vater des Kindes bot manifest-luetische Symptome, und Verf. hält es für das wahrscheinlichste, daß es sich um eine hereditär-syphilitische Affektion der Schilddrüse handelte. Den Erfolg der spezifischen Therapie konnte er leider nicht kontrollieren, da ihm das Kind nicht mehr gebracht wurde.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Nach Wiener klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 1. März 1907.

Artur Goldreich: Ich gestatte mir, aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitut (Abteilung des Priv.-Doz. Dr. Hochsinger) den interessanten und seltenen Fall einer **multiplen fungösen Zerstörung mehrerer Gelenke** bei einem 7 wöchentlichen Säugling zu demonstrieren.

Das Kind ist hereditär schwer belastet. Der Großvater väterlicherseits ist angeblich an einem Lungenleiden gestorben, die Großmutter väterlicherseits lebt und ist gesund. Der Großvater mütterlicherseits ist angeblich an einer Hämoptoe zugrunde gegangen, die Großmutter mütterlicherseits lebt.

Die Eltern des Säuglings wurden von mir untersucht. Der Vater des Kindes ist sehr blaß und mager, hustet seit längerer Zeit; die Untersuchung ergibt in der linken Fossa supraspinata eine Dämpfung, entsprechend der Dämpfung sind zeitweilig vereinzelte, konsonierende Rasselgeräusche hörbar. Die Mutter des Kindes ist derzeit vollkommen gesund. Die Wohnungsverhältnisse sind außerordentlich ungünstig, die Wohnung ist dunkel und feucht. Die Geschwulst am Rücken des Kindes besteht nach Angabe der Mutter seit 14 Tagen, die Fistel am Fußrücken schon seit 4 Wochen.

Das Kind wird künstlich genährt. Die Haut ist trocken, der Panniculus adiposus außerordentlich dürftig; das Körpergewicht beträgt 3200 g.

Der Lungenbefund ergibt die Zeichen eines diffusen Katarrhs, der Herzbefund ist normal. Der abdominelle Befund zeigt nichts Bemerkenswertes.

An der Wirbelsäule konstatiert man entsprechend den unteren Brustwirbeln eine livid verfärbte, ungefähr fünfkronenstückgroße, deutlich fluktuierende Geschwulst.

Der rechte Unterschenkel ist ödematös, der rechte Fußrücken zeigt eine teigige Schwellung und eine Fistel, aus der man serösen Eiter entleeren kann. Entsprechend dem rechten Malleolus medialis sieht man eine ungefähr walnußgroße, livid verfärbte, deutlich fluktuierende Geschwulst. Auch die dritte linke Zehe ist livid verfärbt und zeigt deutliche Fluktuation.

Es besteht also klinisch ein kalter Abszeß an der Wirbelsäule, eine fungöse Erkrankung des rechten Fußes und der dritten linken Zehe.

Kienböck hatte die Freundlichkeit, die Röntgenaufnahmen zu besorgen. Er konnte an den Knochen nichts Pathologisches wahrnehmen, worüber man sich mit Rücksicht auf die Kleinheit der Knochenkerne in diesem Alter nicht wundern darf. Bekanntlich gehört die sicher nachgewiesene Tuberkulose der ersten 3 Lebensmonate zu den größten Seltenheiten. Wenn man so vorgeschrittene tuberkulöse Prozesse bei einem zur Zeit der ersten Beobachtung erst 6 wöchentlichen Säugling sieht, drängt sich unwillkürlich die Vermutung auf, ob hier nicht ein Fall von angeborener Tuberkulose vorliegt.

Baumgarten kann das große Verdienst für sich in Anspruch nehmen, als erster auf die Häufigkeit der angeborenen Tuberkulose, d. h. der intrauterinen bazillären Infektion, hingewiesen zu haben. Die Lehre von der angeborenen Tuberkulose ist heutzutage sowohl durch einwandfreie autopsische Befunde, als auch durch experimentelle Ergebnisse eine feststehende Tatsache. Dem berechtigten Einwande, daß die Fälle von angeborener Tuberkulose außerordentlich selten sind, begegnet Baumgarten mit der Annahme des Latenzstadiums der Tuberkulose. Auch diese Annahme wurde von ihm und anderen genügend gestützt. Ich will mich heute in diese interessante Frage nicht weiter einlassen. Es wird sich ja Gelegenheit finden, den hier demonstrierten Fall zur Autopsie zu bringen und später über ihn ausführlich zu berichten.

Auf Anregung des Kollegen Bartel habe ich mich bezüglich dieses Falles auch an den, um die Erforschung der Tuberkulose so hochverdienten Prof. Baumgarten in Tübingen gewendet. Prof. Baumgarten schreibt: „Indem ich Ihnen freundlichst für Ihre mich sehr interessierende Mitteilung danke, beeile ich mich, diesem Danke hinzuzufügen, daß ich mich durchaus Ihrer, vom Kollegen Bartel unterstützten Auffassung anschließe. Daß derartige chronisch-ulzeröse Prozesse sich nicht in der kurzen Zeitspanne von 6 Wochen ausbilden können, halte ich für sicher. Hierzu kommt noch der Sitz der Veränderungen in den Knochen, Organen, die weit abseits von den Pforten der äußeren (extrauterinen) Infektion gelegen sind, während sie der intrauterinen Infektion mittels des bazillär belasteten kindlichen Blutes leicht zugänglich sind."

Oskar Rie: Das Kind, welches ich Ihnen heute hier vorzustellen die Ehre habe, ein 9jähriges Mädchen, wurde vor etwa 4 Wochen wegen Chorea in meine Ambulatoriumsabteilung am I. öffentlichen Kinderkrankeninstitut gebracht. Im

Verlaufe der Chorea trat Vitiligo auf; die ungewöhnlich starke und ausgebreitete Pigmentation ist wohl auf Arsenmelanose mit zurückzuführen.

Ich stelle das Kind wegen der auffallenden **Gesichtsasymmetrie** vor, die bei oberflächlicher Beobachtung an Hemiatrophia facialis progressiva denken läßt. Indes fehlt das wichtigste und charakteristische Symptom dieser Krankheit, die Hautatrophie.

Es handelt sich hier um die sehr seltene Form der kongenitalen Atrophie, um das Kleinerbleiben, nicht Kleinerwerden einer Gesichtshälfte. Demme, der einen ganz analogen Fall beschreibt, erklärt (im Jahre 1884), keinen weiteren in der Literatur gefunden zu haben; seither sind zwei oder drei Fälle publiziert worden.

Es besteht eine Gesichtsasymmetrie in der Weise, daß die das Gesicht teilende Medianlinie nach rechts konvex ist. Diese Konvexität spricht sich in der rechten Wange, in der Jochbeingegend, sowie in der rechten Ohrmuschel aus. Leichte Atrophie der Lippen und der Zunge auf der linken Seite; Zahnstellung. Die Asymmetrie betrifft auch den Hirnschädel. Sensibilität und Beweglichkeit anscheinend ungestört.

Der sehr interessante Augenbefund wurde vom Privatdozenten Sachs aufgenommen. Es besteht: 1. ein Tieferstehen der kleineren, linken Lidspalte; 2. ein nicht ganz entwickelter Epikanthus; 3. Strabismus divergens; 4. beiderseits Hornhautastigmatismus, Luxation der Linse nach oben, rechts überdies Irisschlottern. Die Extremitäten sind in keiner Weise an der Atrophie beteiligt.

Bezüglich der Ätiologie derartiger Fälle wurde von einer Seite primäre Hirnagenesie herangezogen, von anderer intrauterine mechanische Einwirkung durch Amnionstränge angenommen. Die letztere Ansicht wird unter anderem auch dadurch gestützt, daß wir ganz analoge, wenn auch weniger hochgradige Schädel- und Gesichtskoliosen unter dem Einfluß des Caput obstipum entstehen sehen, also ein exquisit mechanisches Moment.

Schließlich sei noch erwähnt, daß die Eltern des hier vorgestellten Kindes den Zustand auf „Versehen in der Schwangerschaft“ zurückführen. (Begegnen einer Frau mit Gesichtsschiefheit und Erschrecken dabei.)

Diskussion: R. Neurath: Es ist eigentlich keine Atrophie, keine Entwicklungsstörung normal angelegter Gewebe, die nach der Auffassung des Kollegen Rie der Differenz der Gesichtshälften im vorgestellten Falle zugrunde läge, sondern eine abnorme Anlage, eine Dysplasie. Was die hervorgehobene Differenz beider Seiten anbelangt, so frägt es sich, ob wir nicht ebensogut, wie vom Vortr. die kleinere Gesichtshälfte als pathologisch und die größere als normal angenommen wird, die größere Seite als die pathologische auffassen könnten, wofür das Irisschlottern auf dieser spräche. Wir hätten es dann mit einer partiellen Hypertrophie, einem partiellen, halbseitigen Riesenwachstum zu tun, wie wir es an den Extremitäten oder auch streng halbseitig öfters in der Literatur finden.

Oskar Rie: Ad 1. Ich habe den Namen „kongenitale Hemiatrophie des Gesichts“ nicht gewählt, sondern in der Literatur für diese Fälle bereits vorgefunden.

Ad 2. Eine Hypertrophie der rechten Kopfseite liegt gewiß nicht vor.

1. ist die linke Wange und die linke Zungenhälfte auffallend mager — nicht die rechte Seite auffallend dick; die Schneidezähne der linken Unterkieferhälfte im rechten Winkel gegen die Backzähne statt im stumpfen, wie normal und wie rechterseits.

2. entspricht kein einziger der (gesammelten) Hypertrophiefälle aus der Literatur dem hier vorgestellten, während die beiden in der Detailbeschreibung mir zugänglichen Hemiatrophiefälle in der Schädel- und Gesichtsformation völlig mit dem meinen übereinstimmen.

Für diese ist aber eine Hypertrophie um so weniger anzunehmen, als bei ihnen aplastische Erscheinungen an den gleichseitigen Extremitäten mitvorhanden sind.

Siegfrid Weiß stellt einen 3jährigen Knaben mit **angeborener Dilatation des Kolon** (Hirschsprungsche Krankheit) vor. Schon die Anamnese war charakteristisch. Unmittelbar nach der Geburt litt das Kind an Stuhlverstopfung, beträchtlicher Vergrößerung des Bauches und unstillbarem Erbrechen. Trotz Ammennahrung kam das Kind herunter und damals wurde die Diagnose angeborene

Rachitis gestellt. Nach einem Ammenwechsel und einer Periode guten Gedeihens vom 2.—7. Monate, in welcher Zeit die Beschwerden geringer waren, erreichte das Körpergewicht des Kindes 7000 g. Von da an traten die oben erwähnten Erscheinungen in verstärktem Grade wieder auf. Es stellte sich ein Zustand von hochgradiger Verstopfung mit Blähung und Ausdehnung des Bauches bis zu solchen Dimensionen ein, daß die Haut gespannt und glänzend war. Erst auf Anwendung zahlreicher Klysmen und Abführmittel erfolgten Entleerungen stinkender Kotmassen, welche mit Kotsteinen und beträchtlichen Mengen von Gasen vermengt waren. Der vorher ballonartig aufgetriebene Bauch fiel dann zusammen und hatte eine nur mehr wenig auffällige Größe. Das Körpergewicht des Kindes nahm ab und blieb bis zum 20. Monate auf 6000 g. Erst zu Beginn des 3. Lebensjahres begann das Kind sich besser zu entwickeln, obwohl die beschriebenen Zustände nicht verschwanden. In einem solchen Anfalle von 4tägiger Verstopfung, nach vergeblichen Versuchen dieselbe zu beseitigen, bot das dem Obgenannten zum erstenmal vorgestellte Kind folgenden Befund. Das Abdomen war gleichmäßig und stark aufgetrieben, meteoristisch, Umfang in der Nabelhöhle 59 cm, sichtbare Peristaltik des gesamten Kolon. Die peristaltische Welle lief entsprechend dem Colon ascendens und transversum, erfuhr an der Übergangsstelle in das Colon descendens eine Unterbrechung und setzte sich dann dem Verlaufe des letzteren folgend beckenwärts fort, so daß eine schräg von links oben nach rechts unten verlaufende Furche entstand. Der Umfang des geblähten Kolon könnte auf 20 cm geschätzt werden. Über dem ganzen Bauche waren plätschernde und gurrende Geräusche zu hören. Die dünnen und zugleich fettarmen Bauchdecken gestatteten die genaue Beobachtung dieser Erscheinungen. Die rektale Untersuchung ergab ein Fehlen jeglicher Verengerung oder eines sonstigen Hindernisses, im Gegenteil eine derartige Erweiterung des vollkommen leeren Mastdarmes und der Flexur, daß deren Umrandungen gar nicht ausgetastet werden konnten. Hoch oben war ein ca. hühnereigroßer Kotstein als zufälliger Befund tastbar, welcher dem bimanuell unternommenen Versuche ihn zu entfernen in die höheren geblähten Darmabschnitte entschlüpfte. Bei der proktoskopischen Untersuchung (Foges) zeigte sich die Schleimhaut der Ampulle von katarrhalischen Geschwüren dicht besetzt. Der mit der Kornzange vorher zerkleinerte Stein wurde entfernt, und nun erfolgte ein Kollabieren des Bauches unter Ausströmen der stinkenden Gase. Der Bauchumfang verkleinerte sich um 2 cm. Die Behandlung in diesem Falle wäre nach der Indikation des Primarius Schnitzler die Resektion des dilatierten Kolon.

Sitzung vom 8. März 1907.

Emil Haim demonstriert zwei Fälle von **Pseudohermaphroditismus masculinus**, welche dadurch ausgezeichnet sind, daß sie Geschwister sind.

Die ältere der beiden Patientinnen suchte ärztliche Hilfe wegen einer Lymphadenitis ex pediculosi. Dabei bemerkte sie auch, daß sie trotz ihres Alters von 20 Jahren noch keine Menstruation habe. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, daß die Person einen ausgesprochen männlichen Habitus aufwies, vor allem eine männliche Kehlkopfbildung, ferner die Brüste wenig entwickelt und eine starke Behaarung des ganzen Körpers; insbesondere sind Abdomen und Mons Veneris ganz nach männlichem Typus behaart. Was die Genitalien selbst betrifft, so ist eine große und unperforierte Klitoris vorhanden mit großem Präputium, ferner eine blind endigende, kaum für den Zeigefinger entrierbare Vagina. Uterus oder Ovarien sind auch bei der Untersuchung per rectum nicht nachzuweisen; auf der rechten Seite findet sich in der großen Schamlippe ein haselnußgroßes, ovales Gebilde, welches ich für einen Hoden halten möchte. Die Person ist weiblich erzogen, hat sich jedoch nie zu Männern hingezogen gefühlt.

Die jüngere Schwester Anna, 13 Jahre alt, besitzt ebenfalls ein mißbildetes Genitale; es finden sich analoge Verhältnisse, wie in dem erstbeschriebenen Falle; nur finden sich in beiden Schamlefzen diese Gebilde, welche ich als Hoden ansprechen möchte.

Der Großvater väterlicherseits und der Urgroßvater mütterlicherseits waren Brüder.

Nun berichtet der Vater, daß die ältere Person in dem hodenähnlichen Gebilde insbesondere bei Anstrengungen starke Schmerzen habe; da es ja bekannt ist, wie u. a. auch von Neugebauer hervorgehoben wird, daß solche retinierte

Gebilde sehr gerne maligne entarten, so entsteht die Frage, ob wir berechtigt wären, dasselbe zu exstirpieren.

Der Vater wünscht die jüngere Person als Mädchen zu erziehen und verlangt auch, daß man bei derselben die beiden hodenartigen Gebilde entfernen solle. Nach der Meinung des Vortr. ist man dazu nicht berechtigt, doch möchte er sich die Frage erlauben, ob hier vielleicht eine andere Meinung darüber vorherrscht und ob man nicht durch Exstirpation derselben den weiblichen Habitus erhalten könnte.

Schließlich noch eine soziale Frage. Der Vater, der ob dieser Enthüllung ganz verzweifelt ist, möchte hier anfragen, ob vielleicht die Anwesenden mit ihrer reichen Erfahrung einen Rat geben könnten betreffs des Berufes, welchen seine beiden Kinder ergreifen sollten.

Ferner demonstriert Haim einen Fall, bei dem ein **Oberkiefersarkom** und **Morbus Basedowii** gleichzeitig vorhanden waren.

Es handelt sich um einen 14 Jahre alten Burschen, bei welchem am 16. Juli 1906 von Haim wegen eines von der Pulpa des noch nicht durchgebrochenen Weisheitszahnes ausgehenden Fibrosarkoms nach vorheriger Unterbindung der Carotis externa mit Kocherschem Schnitte der rechte Oberkiefer total reseziert wurde.

Der Knabe bemerkte den Tumor, welcher sehr rasch wuchs, seit Oktober 1905; im März v. J. suchte derselbe eine chirurgische Klinik auf, wo eine Probeexzision gemacht, die Operation jedoch angeblich wegen eines Herzfehlers verweigert wurde.

Der Grund der Vorstellung des Knaben ist der, daß derselbe gleichzeitig an Morbus Basedowii litt. Die Erscheinungen dieses sollen sich seit dem 11. Lebensjahre entwickelt haben. Als der Vortr. den Knaben sah, waren alle Symptome deutlich ausgesprochen, insbesondere starker Exophthalmus, eine Struma vasculosa, sowie ausgeprägte Tachykardie (160 Pulse in der Minute); es ist anzunehmen, daß wegen des letzteren Symptoms auf der Klinik die Diagnose „Herzfehler" gemacht wurde.

Interessant und bemerkenswert ist der Umstand, daß nach der Operation die Symptome des Morbus Basedowii vollkommen zurückgingen.

Die Herztätigkeit ist wieder ganz normal (80 Pulse in der Minute), der Exophthalmus ging zurück, ebenso wurde der Hals schmäler. Patient trägt um 3 cm kleinere Halskragen; er befindet sich jetzt völlig wohl und trägt eine Prothese.

Es muß unentschieden gelassen werden, was die Ausheilung des Morbus Basedowii bewirkt hat, ob die Resektion des Oberkiefers oder die Unterbindung der Carotis externa, welche jedoch schon nach dem Abgang der Thyreoideae unterbunden wurde.

Hochsinger demonstriert ein 4 Wochen altes Kind mit **multipler Epiphysenlösung infolge hereditär-syphilitischer Osteochondritis.**

An diesem 4 Wochen alten, ziemlich gut genährten, aber auffallend blassen Säugling fällt zweierlei auf, erstens eine eigentümliche Haltung der Gliedmaßen und zweitens eine Auftreibung, welche sämtliche großen Extremitätengelenke betrifft.

Die Mutter des Kindes macht die Angabe, daß das Kind schon unmittelbar nach der Geburt durch die Regungslosigkeit seiner Gliedmaßen auffiel und daß es die Arme überhaupt nicht bewegen konnte. Später erst sei allmählich eine Verdickung an den Gelenkenden der Knochen aufgetreten.

Aus der Anamnese erfahren wir des weiteren, daß das Kind um 14 Tage zu früh zur Welt gekommen ist und gleich bei der Geburt mit je vier Blasen an den Fußsohlen behaftet war. Das Kind wurde künstlich genährt.

Die Mutter des Kindes war zweimal verheiratet, hatte vom ersten Manne zuerst zwei lebende Kinder, später folgten drei Abortus hintereinander. Die beiden erst lebendgeborenen Kinder starben: das erste 2 Jahre alt an Diphtherie, das zweite ebenso alt an tuberkulöser Hirnhautentzündung. Der erste Mann starb an Tuberkulose.

Aus der Verbindung mit dem zweiten Manne, welcher vor jetzt 13 Jahren syphilitisch infiziert war, ging zunächst eine 6 monatige Totgeburt hervor und dann das hier demonstrierte Kind. An der Mutter finden sich nicht die leisesten Zeichen ehemaliger Lues.

Sämtliche Gelenksenden der langen Röhrenknochen dieses Kindes sind aufgetrieben und druckempfindlich. Am meisten das Schulterende des linken Ober-

armes, dann beide Ellbogen- und Kniegelenke. Aber auch die Hüftgelenksenden der Oberschenkel sind verdickt und schmerzhaft. Die den Knochen anliegenden Weichteile um die Gelenke herum sind in die Schwellung mit einbezogen, nur die Haut über den Gelenken ist frei und verschieblich. Auffallend ist am linken Oberschenkel eine das obere Drittel desselben okkupierende, zirkuläre, sehr druckempfindliche Auftreibung.

Interessant ist die Haltung der Gliedmaßen. Die oberen Extremitäten erschienen anfänglich vollständig gelähmt, trotzdem konnten durch Nadelstiche reflektorisch Bewegungen mit den Fingern ausgelöst werden. Jetzt ist wohl schon eine leichte Beweglichkeit der oberen Extremitäten vorhanden, allein die Unterarme und Hände sind noch immer sehr schwer beweglich, die Hände selbst sind gebeugt, proniert und abduziert. Passive Bewegungsversuche sind schmerzhaft und von Weinen begleitet. Die Oberarme erscheinen eng an die Seitenteile des Thorax angeschlossen. An den unteren Extremitäten besteht gleichfalls eine Bewegungsstörung. Dieselben werden spontan kaum bewegt, jedoch bieten sie nicht, so wie die oberen, das Bild einer schlaffen Lähmung, vielmehr das einer tonischen Beuge- und Adduktionskontraktur. Ganz unförmig sind die oberen und unteren Gelenksenden der Kniegelenke aufgetrieben, auch die Sprunggelenke sind verdickt. Das Kind zeigt im übrigen chronischen Schnupfen, welcher seit der 2. Lebenswoche besteht, an den Fersen je eine diffus infiltrierte Hautstelle, an den Fußsohlen einige kleine, schinkenfarbige Flecken, Reste der ehemaligen Pemphigusblasen. Ein universelles Luesexanthem ist nicht zum Vorschein gekommen.

Es handelt sich im vorliegenden Falle zweifellos um eine durch angeborene Syphilis hervorgerufene, allgemeine Knochenerkrankung, in deren Vordergrund die Wegnersche Osteochondritis mit Epiphysenlösung steht.

Das seltene an dem Falle ist, daß das Kind mit gelähmten Gliedmaßen zur Welt kam (in der Regel entwickelt sich die Bewegungsstörung erst später) und daß so hochgradige Auftreibungen an den Knochenenden sich eingestellt haben.

Die Auftreibungen sind als Kallusbildungen zu betrachten, welche Folge der Epiphysenlösung sind, die an allen größeren Gelenksenden stattgefunden hat. Am distalen Ende des Oberarmes läßt sich noch eine deutliche Verschiebbarkeit zwischen Epiphyse und Diaphyse nachweisen. Der lähmungsartige Zustand ist eine Folge der Knochenerkrankung und darauf zurückzuführen, daß die Muskel- und Sehnenansätze, welche an der entzündeten Bein- und Knorpelhaut entspringen, in den Erkrankungsprozeß mit einbezogen sind und mit einer Einstellung ihrer Funktion antworten.

Es sei noch bemerkt, daß auch an den kurzen Röhrenknochen Verdickungen bestehen und daß, wie das Röntgenbild lehrt, eigentlich das ganze Knochensystem schwer erkrankt ist, während die Haut nur relativ geringfügige Veränderungen zeigt. Die Tatsache verdient Hervorhebung, daß bei der angeborenen Syphilis generelle Skeletterkrankungen viel häufiger sind als Exantheme, daß sie jedoch häufig viel zu undeutlich ausgesprochen sind, um bei der Palpation die Aufmerksamkeit des Untersuchers zu erregen, bei radiologischer Untersuchung jedoch immer zum Vorschein kommen. Von größtem Interesse erweist sich die Röntgenuntersuchung des Knochensystems bei dem vorgestellten Kinde.

Während normalerweise der Diaphysenschatten eines langen Röhrenknochens bei einem jungen Säuglinge mit einer haarscharfen dunklen Linie endigt, welche der Ausdruck der Verkalkungszone eines Epiphysenknorpels ist und die knorpelige Epiphyse selbst vollständig unsichtbar bleibt, fehlt hier die dunkle, scharfe Begrenzungslinie überall vollständig. An deren Stelle tritt eine massive Verbreiterung, Auftreibung und Aufhellung der Diaphysenschattenenden, mit verwaschenen Grenzkonturen gegen die Epiphyse. Die dunklen Diaphysenschatten sind an ihren Epiphysenenden allenthalben von einem pilzförmigen, helleren Schattenbild umgeben, welches an Stelle der sonst unsichtbaren Epiphyse hervortritt, zum Beweis dafür, daß die Kalkablagerung in unregelmäßiger Form auch um die Epiphysenknorpel herum stattgefunden hat. Dieses Bild ist besonders deutlich an beiden Enden der Oberarmknochen, dann an den Knochenenden beider Kniegelenke und an dem proximalen des linken Oberschenkels festzustellen. Überdies ist allenthalben um die langen Röhrenknochen herum eine neue Zone von periostaler Knochensubstanz in Form eines hellen Schattens angelagert, so daß die alten Knochen sich zu der periostalen Auflagerung im Röntgenbilde ver-

halten, wie eine Zigarrenspitze zu ihrem Etui. Die unförmigen Auftreibungen an den Epiphysenenden der Röhrenknochen sind in Verkalkung begriffener Kallus, welcher sich mit der syphilitischen Periostitis zu einer besonders üppigen Wucherung kombiniert. Infolge der hochgradigen syphilitischen Osteochondritis, welche mit Substitution der Verknöcherungszone durch syphilitisches Granulationsgewebe zwischen Epiphyse und Diaphyse einhergeht, lockert sich die Verbindung zwischen diesen beiden Knochenteilen. Traumen, Muskelzug, ja der Geburtsakt können imstande sein, die Verbindung an einer oder der anderen Stelle zu lösen. Die eigentliche Epiphysenlösung ist somit im wesentlichen nichts als eine Fraktur innerhalb der rarefizierten oder gänzlich zu Granulationsgewebe metamorphosierten subchondralen Gewebslage. Sowie aber Epiphyse und Diaphyse schlottern, kommt es wie bei jeder anderen Fraktur zur reaktiven Kallusbildung, welche im Röntgenbilde hier besonders schön zum Ausdruck gekommen ist.

Auf zweierlei Umstände soll noch hingewiesen werden. Erstens: daß es keiner besonderen chirurgischen Behandlung bedarf, um diese Frakturen zur Heilung zu bringen, es genügt die antisyphilitische Behandlung, um in kürzester Zeit die Knochenschwellung und die Bewegungsstörung zu beseitigen. Zweitens findet sich genau dasselbe Lähmungsbild auch bei solchen syphilitischen Säuglingen, welche keine so bedeutenden Auftreibungen an den Gelenksenden zeigen wie dieser Fall. Man ist deswegen vielfach in dem Irrtum verfallen, solche Lähmungen als spinale zu betrachten. Die Röntgenuntersuchung der Knochen bei solchen Extremitätenlähmungen syphilitischer Kinder lehrt jedoch, daß immer periostale und perichondrale Wucherungen vorliegen, welche von einem entzündlichen Prozeß im Periost herrühren, der sich auf die Muskeln und Sehnen überpflanzt und zur Lähmung der Gliedmaßen führt.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Nach einer vom Statistischen Amte der Stadt im Anschluß an die Volkszählungen im Deutschen Reiche veranstalteten Statistik über **Säuglingsernährung** wurden von 100 Kindern bis zu einem Jahre mit Muttermilch ernährt am 1. Dez. 1885: 55,2, 1890: 50,7, 1895: 43,1, 1900: 31,4. In ziemlich gleichem Verhältnisse sank die Ernährung mit Ammenmilch, nämlich von 1885: 2,6%, 1890: 2,2%, 1895: 1,4% und 1905: 0,7%. Demnach ist die natürliche Säuglingsernährung in 15 Jahren von 57,8% der Säuglinge auf 32,1% zurückgegangen. Die Ernährung durch Tiermilch und Surrogate ist entsprechend gestiegen.

— Über eine **Petition zur Aufhebung des Impfzwanges** ging die Petitionskommission des Reichstages zur Tagesordnung über, nachdem von seiten der Regierung erklärt war, sie könne weder einer Beseitigung noch Abschwächung des Gesetzes zustimmen.

— Die **Abteilung für Kinderkrankheiten** im Rudolf Virchow-Krankenhaus ist eröffnet.

Charlottenburg. Priv.-Doz. Dr. Keller (Breslau-Magdeburg) ist zum Direktor der Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ausersehen.

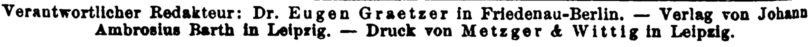
Wiesbaden. Eine **Säuglingsmilchanstalt**, welche nach Biedertschem Verfahren hergestellte Milch billig abgibt, ist von der Stadt gegründet. In Verbindung damit steht eine Mutterberatungsstelle.

Halle. Die Anstellung eines **Schularztes** und **Stadtarztes** ist beschlossen.

Lübeck. Die Errichtung von **Fürsorgestellen** und **Walderholungsstätten für Lungenkranke**, sowie von **Fürsorgestellen für Mütter und Säuglinge** und Einführung von **Hilfsvereinen** ist beim Bürgerausschuß beantragt.

Meiningen. Die **Schulärzte** sind angewiesen, jährlich 3- bis 4 mal über **Gesundheitslehre vor den Eltern der Schüler** vorzutragen.

Nürnberg. Der Magistrat hat **sechs Ärzte** mit der Beaufsichtigung der Kostkinder bei einem Jahresgehalt von 500 Mk. betraut.


Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Jena), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. NETTER (Pforzheim), Dr. PRÜSSIAN (Wiesbaden), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XII. Jahrgang. August 1907. Nr. 8.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher.



Wirksamstes Eisenpräparat

Appetit anregendes Stärkungsmittel.

Lecin ist die **einzige neutrale,** klare Lösung von

Hühnereiweiss mit Eisen

lecithin- und **gewürzreich, reizlos.**

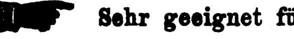
LECIN enthält 0,6 % Fe [d. h. **dreimal** so viel wie die aromat. Eisentinkturen, **achtmal** so viel wie die Blutpräparate] und 20 % frisches Eierweiß.

Fl. m. 400 g inkl. Einnehmegl. Mk. 2.—
Dosis 3—10 g **kurz vor oder nach dem Essen.**

LECINpulver (10 % Fe), in **Zuckerwasser klar** und neutral löslich.

Wohlfeil (Kassenpraxis!!!). — Dose mit 25 g Mk. 1.—
für 20—30 Tage.

LECINtabletten, m. glycerinphosphors. Ca., Kakao, Gewürzen; per Tabl. 0,03 Gr. Fe. Dosis: 1/2—2, wie Bonbons im Munde zergehen lassen. 100 Tabl. = Mk. 2.—.

 Sehr geeignet für **Kleine Kinder.** 

Lecin ist im städt. Krankenhause I und von prakt. Ärzten in Hannover seit 2—3 Jahren sehr viel und fast als einziges Eisenmittel angewendet. Von **hervorragenden Klinikern** warm empfohlen.

Proben und Literatur gratis.

Dr. E. Laves, Hannover.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. August 1907. No. 8.

I. Originalbeiträge.

Über den Wert des Sanatogens im Wochenbett.

Von

Dr. K. Ganz.

Die vorzüglichen Eigenschaften, die das Sanatogen durch seinen Gehalt an 95 % Kasein, dem Eiweiß der Milch, und 5 % des Natronsalzes der Glyzerinphosphorsäure, einem Spaltungsprodukt des Lecithins, besitzt, veranlaßten mich, die Wirkungsweise desselben bei normalem und abnormem Verlaufe des Wochenbettes zu prüfen. Die durch zahlreiche Autoren mit Sanatogen unternommenen Stoffwechselversuche haben die leichte Assimilierbarkeit und Verdaulichkeit, sowie den hohen Nährwert desselben erwiesen; das Sanatogen vermag durch Verminderung der Stickstoffausscheidung einem Zerfall des Eiweißes im Organismus vorzubeugen. Chajes hat durch refraktometrische Eiweißbestimmungen des Blutserums nach Aufnahme von Sanatogen gefunden, daß die Zufuhr von großen Sanatogenmengen eine Steigerung des Eiweißgehaltes des Blutserums zur Folge habe; somit ist experimentell der Beweis erbracht, daß Sanatogen auch Eiweiß anzusetzen vermag. Es lag daher der Gedanke nahe, dieses ausgezeichnete Mittel im Puerperium, wo ein größerer Stoffumsatz auch einen größeren Verlust an Körpermaterial bedingt, als Nahrungsstoff heranzuziehen. Während den eiweißartigen Stoffen beim Aufbau des Organismus die größte Rolle zufällt, mithin Eiweißverlust sich bald fühlbar macht, dienen die ebenfalls zum Ersatze des Stoffwechselverbrauches dienenden Kohlehydrate und Fette als Eiweißsparer. Da das Eiweiß unter den Nahrungsstoffen die wichtigste Bedeutung hat und während einer Krankheit oder im Wochenbett gewöhnlich ein größerer Eiweißzerfall stattfindet, der nur dadurch paralysiert werden kann, daß die Nahrungszufuhr erhöht wird, so ist vom therapeutischen Standpunkt die Unterstützung der beim Wochenbett ohnedies dürftigen Diät durch ein Eiweißpräparat von der Provenienz des Sanatogens gerechtfertigt.

Durch die zweite Komponente des Sanatogens, das glyzerinphosphorsaure Natrium, wird die tonische Wirkung vermehrt, wodurch eine größere Aufnahme- und Ausnützungsfähigkeit von Eiweiß stattfindet. Im Sanatogen ist uns daher ein Mittel in die Hand gegeben in Fällen, wo eine künstliche Hebung des Allgemeinbefindens durch

Nutritia, die durch die gewöhnliche Kost nicht erzielt werden kann, notwendig erscheint.

Ich hatte mehrfach Gelegenheit, das Sanatogen im Wochenbett sowohl nach Abortus als auch nach normaler Schwangerschaft anzuwenden, insbesondere in jenen Fällen, bei welchen eine geringe Appetenz vorlag, oder Fieber oder eine interkurrierende Krankheit die Wiederherstellung der Wöchnerin in Frage stellte. Gerade im Wochenbett, namentlich in den ersten Tagen, wo nur flüssige Nahrung verabreicht werden darf und ein Übergang zur konsistenten Kost nach 3—4 tägiger blander Diät mit Gefahren verbunden ist, spielt die Darreichung von diätetischen und roborierenden Nährpräparaten, die leicht resorbierbar und löslich sind, eine wichtige Rolle; dies gilt um so mehr für die mit Fieber einhergehenden Puerperien und solchen nach großen Blutverlusten oder nach einer Fehlgeburt. In allen diesen Fällen vermag das Sanatogen vortreffliche Dienste zu leisten, da es allen Anforderungen entspricht, die an ein gutes Roborans und Nutriens gestellt werden können. Ein Hauptvorzug, der dem Sanatogen eigen ist, nämlich seine appetitsteigernde Wirkung, trägt viel zur Erhöhung des Körpergewichtes bei, die geistige und körperliche Elastizität nimmt zu, und die Wöchnerinnen sind infolge dessen früher imstande, das Bett zu verlassen.

Was die Art der Darreichung des Sanatogens anlangt, kann dasselbe entweder allein für sich oder in Milch, Suppe, Wein, Tee oder anderen Flüssigkeiten gereicht werden; das Pulver muß aber zuvor in der kalten Flüssigkeit verrührt und erst dann erwärmt genossen werden.

Aus der großen Zahl von Fällen, in denen mir die Verwendung des Sanatogens Nutzen brachte, mögen einige Krankengeschichten angeführt werden.

Fall 1. Frau E. S., 34 Jahre alt. IV. para. Die Geburt des ausgetragenen Kindes ging gut von statten; Wochenbett normal verlaufend. Da Patientin an einem chronischen Magen- und Darmkatarrh leidet, ist die Nahrungsaufnahme sehr gering, sodaß die Wöchnerin ganz heruntergekommen ist. Die objektive Untersuchung ergibt schwachen Muskel- und grazilen Knochenbau, blasse Schleimhäute, belegte Zunge, Magendrücken; Herz und Lungen normal. Da Milch erbrochen wird, verordnete ich der Patientin Schleimsuppen mit Zusatz von 3 mal täglich je 1 Kaffeelöffel Sanatogen. Dasselbe wird sehr gut vertragen, der Gesichtsausdruck wird munterer; die Kräfte nehmen sichtlich zu, und nach 8 Tagen kann bereits mit der gewöhnlichen Kost begonnen werden. Dazwischen Darreichung von Sanatogen; nach weiteren 14 Tagen fühlt sich die Kranke so weit gekräftigt, daß sie das Bett verlassen hat und jede anderweitige Nahrung vertragen kann.

Fall 2. Frau A. R., 43 Jahre alt. Die ersten vier Geburten normal. Gegenwärtig im 5. Lunarmonat schwanger; Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib und Blutabgang. Die Untersuchung per vaginam ergibt erweiterten Muttermund für einen Querfinger. Nach 2 Stunden spontanes Springen der Eiblase, Wehen, Einsetzen der Geburt. Wegen starker Blutung wird die Placenta manuell gelöst und Ergotin verordnet. Infolge des starken Blutverlustes entwickelte sich eine hochgradige Anämie mit Ohrensausen und Schwindelanfällen. Therapie: lauwarme Milch mit Zusatz von 1 Kaffeelöffel Sanatogen auf $^1/_4$ Liter, später Taubenbrühe ebenfalls mit Sanatogen versetzt, kalte Kompressen auf den Unterleib. Nach 3 tägiger Behandlung mit dieser Diät nimmt die Körperkraft zu, die Schleimhäute röten sich, die anämischen Erscheinungen treten zurück. Zu dieser Diät tritt nach und nach mehr kompaktere Nahrung dazu, wie

geschabtes rohes Fleisch, Schinken, Omelette und weichgekochte Eier. Zu meiner Freude war die Wöchnerin nach 14 tägiger Sanatogenmedikation soweit hergestellt, daß sie als vollkommen gesund betrachtet werden und ihre Beschäftigung als Büglerin aufnehmen konnte.

Fall 3. M. P., 23 Jahre alt, Lehrersgattin, abortierte vor einigen Tagen nach 2 monatlicher Schwangerschaft. Die Lochien sind übelriechend; Temperatur 39,5°. Unterleib auf Druck empfindlich. Appetit gering, Stuhlverstopfung. Da Eihautreste im Uterus vermutet werden, wird derselbe ausgeräumt, worauf das Fieber am nächsten Tage auf 37,8° sank. Wegen vollständiger Appetitlosigkeit und großer Schwäche wird Milchdiät mit Zusatz von Sanatogen vorgeschrieben, was gerne genommen wird. Nach 4 Tagen war Patientin vollständig fieberfrei, fühlte sich bedeutend gekräftigt, so daß sie sich im Bette aufsetzen konnte. Außer Sanatogen erhält sie in der Folge Kraftbrühe, leichten Wein, worauf die Genesung weitere Fortschritte machte.

Fall 4. B. Z., 38 jährige Schlossersgattin; VIII para, hat zweimal abortiert. Vor 6 Tagen normaler Geburtsverlauf, seit 2 Tagen Fieber. Diagnose: Puerperalfieber. Objektive Untersuchung ergibt: Patientin mittelgroß, von zartem Knochen- und Muskelbau, schwachem Paniculus adiposus. Gesicht gerötet, Zunge belegt, sichtbare Schleimhäute blaß. Am Herzen unreine Töne; Abdomen mäßig aufgetrieben, tympanitischen Schall in den unteren Partien aufweisend. Sensorium ein wenig getrübt, großer Durst, Stuhlverhaltung. Therapie: Chinin, nasse Umschläge um das Abdomen, Uterusausräumung und nachherige Sublimatspülungen. Da die flüssige Nahrung erbrochen wird, wird Sanatogen in kaltem Wasser gequirlt, anfangs 5, später 10 Kaffeelöffel täglich, gereicht. Nach 14 tägiger Behandlung tritt Besserung ein, das Fieber hat nachgelassen; Patientin kann bereits Suppen, Tauben- und Kalbfleisch vertragen. Sanatogen wird fortgesetzt und mit verschiedenen Flüssigkeiten gut vertragen. Nachdem Patientin nach weiteren 3 Wochen an Gewicht zunimmt, der Zustand zusehends besser wird, wird mit der Sanatogenmedikation ausgesetzt und gewöhnliche Kost gereicht. Aber einige Tage darauf mußte sie wieder zu Sanatogen greifen, das sie noch 8 Wochen nahm; hierauf vollkommene Genesung.

Fall 5. C. D., 30 jährige Agentensgattin, leidet seit 3 Jahren an beiderseitigem Lungenspitzenkatarrh und befindet sich jetzt in der ersten Woche des Puerperiums. Die Untersuchung ergibt an beiden Lungen bis zur Spina scapulae gedämpften Schall und zahlreiche bronchitische Geräusche mit metallischem Beiklang. Da der Körperzustand ein trister ist, wird das Kind der künstlichen Ernährung unterzogen; die Mutter erhält kräftige Kost, als Medikament mehrmals täglich je 1 Kaffeelöffel Sanatogen, entweder für sich oder mit den Speisen gemischt. Nach 14 Tagen abermalige Untersuchung, die ein bedeutend besseres Ergebnis aufweist. Fortsetzung der Therapie; nachdem fünf Schachteln Sanatogen verabreicht wurden, war Patientin soweit hergestellt, daß sie einen Landaufenthalt nehmen konnte. An beiden Lungenspitzen besteht noch immer der tympanitische Schall, auskultatorisch bloß vereinzelte mittelblasige Rasselgeräusche ohne metallischen Klang.

Nicht minder gute Dienste leistete mir das Sanatogen in Fällen mangelhafter Milchsekretion bei stillenden Müttern; ob dies dem Einfluß des Sanatogens zuzuschreiben ist oder mit der Hebung des Allgemeinzustandes zusammenhängt, läßt sich nicht entscheiden. In jedem Falle ist das Sanatogen ein mittel- oder unmittelbarer Behelf zur Anregung der Milchsezernierung. Ich lasse daher solche Frauen Sanatogen in jeder Form nehmen und bin mit den dabei gewonnenen Resultaten sehr zufrieden; Mutter und Kind erfreuen sich dabei des besten Wohlbefindens.

Aus dem Angeführten ergibt sich zur Genüge, welch großen Vorteil die Sanatogenmedikation in den ersten Tagen des Wochenbettes bietet. Das Präparat wurde auch in jenen Fällen gut vertragen, wo alles andere erbrochen oder mit Widerwillen genommen wurde. Das Aussehen der Patientinnen besserte sich bald sichtlich,

der Appetit steigerte sich schon nach den ersten Gaben von Sanatogen, dessen kalorimetrischer Wert durch seinen hochprozentigen Eiweißgehalt unerreicht dasteht. Das Wochenbett sowohl gesunder Wöchnerinnen als auch solcher, die infolge größerer Blutverluste oder Puerperalfiebers bedeutend gelitten haben, wurde abgekürzt und die Kranken früher arbeitsfähig. Bei stillenden Frauen trat die roborierende Wirkung des Sanatogens hinzu, wodurch namentlich schwächliche Frauen sich rasch erholten und reichliche Milchsekretion darboten.

Es bestätigt sich auch hier die von vielen Autoren gerühmte tonische und diätetische Wirkung des Sanatogens, dessen hoher Nährwert zur Steigerung der Körperkraft und zum Ersatz der im gesunden und kranken Organismus vor sich gehenden Verbrennung von Nährmaterial beitragen kann. Bei der Wahl eines guten Nährmittels auch im Wochenbett sei hiermit auf Sanatogen verwiesen.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Karl Svehla, Über neue Symptome der Affektionen der Mastdarmschleimhaut, besonders über Fissurae ani mit Symptomen einer Coxitis. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Die Erkrankungen der Mastdarmschleimhaut, so schließt Verf. aus 5 von ihm beobachteten Fällen, zeichnen sich durch besondere, bisher unbeschriebene Symptome anderer Krankheiten aus, und zwar sowohl wenn es sich um bloße Reizungen handelt, die sich durch Hyperämie der Mastdarmschleimhaut kenntlich machen, oder um evidente Analfissuren. Die Symptome zeigen Ähnlichkeit mit denen der Erkrankungen der Verdauungsorgane in den höher gelegenen Teilen (kolikartige Schmerzen) oder man findet verschiedenartig in den unteren Extremitäten lokalisierte Schmerzen oder schließlich auch Erscheinungen, welche bisher als charakteristische Merkmale für Coxitis angesehen wurden. Bei den Männern kann die Fissura ani Prostatorrhoe verursachen, was dazu führen kann, daß man die Diagnose irrtümlicherweise auf Gonorrhoe stellt.

Zur Therapie gibt Verf. folgendes an: 1. 3 mal täglich ein Sitzbad, außerdem noch ein Sitzbad nach jedem Stuhl. 2. Nach dem Bade Bestreichen des Mastdarmes mit Vaseline oder 2 $^0/_0$ iger Kokainsalbe. 3. Laxantien, eventuell Regelung der Diät zur Erzielung des breiigen Stuhles. 4. Einführung eines 0,01 g Cocaini hydrochlorici enthaltenden Suppositoriums, und zwar nach dem Stuhl und dann noch einmal, wenn auch der Stuhl nicht erfolgte, jedoch erst mindestens nach Ablauf von 6 Stunden nach Benutzung des ersten Suppositoriums.

In der Regel heilt die Fissura ani unter Benutzung der oben beschriebenen Handlungsweise im Laufe von 5—7 Tagen. Hecker.

Marie Kühne, Über zwei Fälle kongenitaler Atresie des Ostium venosum dextrum. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.)

Aus den differentialdiagnostischen Bemerkungen heben wir hervor: bei hochgradiger Cyanose, Stickanfällen, Ödemen usw., die von der Geburt an bestehen, wird die Diagnose auf Atresie der Tricuspidalis lauten, wenn über dem Sternum ein lautes systolisches Geräusch zu hören ist, das nach Herzbasis und Spitze abnimmt, und wenn das Herz nach links vergrößert ist. Vergrößerung nach rechts schließt diesen Herzfehler nicht aus. Hört man dagegen das systolische Geräusch am deutlichsten im zweiten linken Interkostalraum, und ist zugleich eine Verbreiterung der Dämpfung nach rechts zu konstatieren, dann wird man eine Pulmonalstenose vermuten.

Die Prognose der angeborenen Verschließung des Ostium venosum ist noch ungünstiger als die der angeborenen Pulmonalstenose. Während bei dieser einzelne Individuen 40 Jahre und mehr erreichen, ist die längste bei Ostiumverschluß beobachtete Lebensdauer 27 Jahre. Der Tod erfolgt meist während eines dyspnoischen Anfalles oder durch eine interkurrierende Krankheit. Hecker.

H. von Mettenheimer, Erfahrungen bei Mastdarmpolypen im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Bericht über den Fall eines 8jährigen Mädchens, dessen himbeergroßer Mastdarmpolyp lediglich Symptome eines Mastdarmkatarrhes machte. Hinsichtlich der Ursache dieser kindlichen Polypen kam Verf. zu einem negativen Resultat, insofern er keinen Zusammenhang mit dem Status lymphaticus oder mit einer Vergrößerung des Rachenringes finden konnte. Während bei der hypertrophischen Rachenmandel die Drüsen nur einen geringen oder gar keinen Anteil nehmen, sind die Polypen in der größten Mehrzahl der Fälle reine Adenome.

Das Abbinden des Stiles ist, namentlich bei hohem Sitz des Polypen, ohne Narkose durchaus nicht so einfach; gewöhnlich reißt nämlich die Geschwulst vom Stil ab, und die Gefahr der eventuellen Blutung dabei ist sehr zu beachten. Weiterhin kann es auch von dem Rest des Stiles aus zu einer Neubildung von Polypen, zu Rezidiven kommen, und schließlich hat das Abreißen des Polypen am Stil noch den Nachteil, daß von hier aus eine Infektion des umgebenden Beckenbindegewebes stattfinden kann, wie ein ausgeführter Fall beweist. Hecker.

Georg Frey, Die Verwendung von Sublimatseide bei Sehnenplastiken. Eine experimentelle Untersuchung. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 16. Heft 3—4. S. 279.) Nach F.s Untersuchungen geht beim Sterilisieren der Seide durch Kochen mit Sublimat das Quecksilber mit der Seide eine oder mehrere chemische Verbindungen ein. Diese Verbindungen wirken außerhalb des Körpers nicht antiseptisch. Innerhalb des Körpers findet durch Abspaltung von Quecksilber wahrscheinlich eine antiseptische Wirkung statt. Dafür spricht die klinische Erfahrung, daß bei Anwendung von Sublimatseide Fadenabszesse nicht vorkommen. Die Abspaltung von Quecksilber aus der Seide geht außerordentlich langsam vor sich, denn es konnte in Seide, die zwei Jahre im Körper gelegen hatte, noch Quecksilber nachgewiesen werden. Die Untersuchungen über die Einheilung von Sublimatseide haben ergeben, daß die Einheilung derselben wesentlich anders stattfindet als die der reinen Seide. Einfache gekochte Seide heilt ohne Sekret-

bildung ein, indem sie sich mit einer dünnen, durchscheinenden bindegewebigen Kapsel überzieht. Bei der Einheilung von Sublimatseide findet zunächst eine ziemlich starke Sekretbildung um die Seide statt, eine Folge des durch das Sublimat bedingten chemischen Reizes. Derselbe chemische Reiz führt aber auch zu einer viel ausgiebigeren Bindegewebsproliferation um die Sehnen, und damit ist die Anlage zu einer kräftigeren späteren Sehne gegeben. Joachimsthal.

Th. Wartmann, Über gesteigertes Längenwachstum der Röhrenknochen jugendlicher Individuen im Anfangsstadium tuberkulöser Gelenkentzündungen. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 84. S. 105.) Aus den Krankengeschichten über Hüft- und Kniegelenkstuberkulose, die W. mitteilt, ergibt sich das Faktum, daß oftmals (infolge Nichtgebrauchs bei lange dauernder Erkrankung) ein Zurückbleiben des Fußes im Wachstum eintritt, während gleichzeitig trotz desselben Nichtgebrauchs Femur und zuweilen auch Tibia desselben Beines länger werden. Joachimsthal.

Heinrich Braun, Über die willkürlichen Verrenkungen des Hüftgelenks. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 80. Heft 2. S. 526.) Bei dem 18jährigen Mädchen, das B. beobachtet hat, war die Verrenkung des Hüftgelenks plötzlich entstanden. Die Kranke konnte durch Anspannung gewisser Muskeln im Stehen die Verschiebung des Gelenkkopfes erzeugen, teils kam diese beim Gehen von selbst zustande, sodaß es sich um eine Kombination einer willkürlichen mit einer habituellen Luxation handelte. Die Verrenkung des Gelenkkopfes erfolgte unvollständig nach außen mit einem heftigen Schmerz und lautem Krach. Nachdem durch Ruhe, Extensions- und Gipsverbände die unerträglichen Beschwerden nicht beseitigt wurden, entschloß sich B. zu einer Freilegung des Gelenks. Bei derselben fand sich kein Antrum cartilagineum. Um den Femurkopf an seinem Austreten zu verhindern, meißelte B. von dem oberen hinteren Rande der knöchernen Pfanne ein etwa 5—6 cm langes und 2 cm breites Stück ab, schlug dieses nach abwärts, indem es seitlich in seiner Verbindung mit den übrigen Knochen eingeknickt wurde, fixierte es in dieser Stellung und legte einen Beckengipsverband mit Fenster an. Nach 6 Wochen konnten die Verbände fortgelassen werden, das Mädchen ging ohne Schmerzen und ohne die geringste Verschiebung des Gelenkkopfes. Joachimsthal.

C. Posner, Über angeborene Strikturen der Harnröhre.[1]) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 13.) Es gibt gewisse Entwicklungsanomalien der Harnröhre, die wenigstens in ihrem Endeffekt genau den echten Strikturen entsprechen. So die angeborenen Verengerungen am Orificium urethrae, die ja bis zu vollkommener Atresie führen können, aber auch, wenn eine Öffnung wirklich vorhanden ist, unter Umständen sehr erhebliche Störungen im Gefolge haben: Schwierigkeiten der Harnentleerung, ja allmählich sich ausbildende Retention, ferner auch Inkontinenz; manche Fälle scheinbar

[1]) Vortrag, gehalten in der Hufelandschen Gesellschaft in Berlin am 17. Januar 1907. — Diskussion s. „Vereinsnachrichten“ in diesem Hefte.

nervöser Enuresis bei Kindern sind durch solche kongenitale Enge des Orificiums bedingt und durch deren Operation zu heilen. Auch an der Fossa navicularis kommen gelegentlich kongenitale Faltenbildungen vor, die z. B. dem Katheterismus Schwierigkeiten entgegenstellen.

Wie steht es nun mit Verengerungen an derjenigen Stelle, die für die erworbene Striktur als klassisch gilt: Übergangsstelle zwischen Pars bulbosa und membranacea? Auch hier kommen angeborene Mißbildungen in Gestalt halbmondförmiger Klappen, welche das Lumen mehr oder weniger beengen, als Rest der sogen. Kloakalmembran vor. So ist ein Fall bekannt (Toluszewski), in welchem sich bei einem Neugeborenen bereits hochgradige Veränderungen der Pars prostatica, der Vesicula prostatica, Blase, Harnleiter und Nieren ausgebildet hatten. Andere Fälle sind bekannt, darunter einer, der das Symptomenbild um einen eigenartigen Zug erweitert: Während nämlich sonst wesentlich nur die Störungen der Harnentleerung selbst hervortraten — also Pressen beim Urinieren, Entleerung der Blase, Inkontinenz und Enuresis nocturna — kam hier noch Hämaturie hinzu.

Einen ähnlichen Fall beobachtete P. und gibt folgende Krankengeschichte:

„Ich darf von meiner eigenen Beobachtung kurz mitteilen, daß es sich um einen 11 jährigen Knaben handelt, der bis auf überstandenen Scharlach im wesentlichen gesund gewesen sein soll; auch über etwaige Enuresis war nichts bekannt. Er erkrankte, nach dem mir zugegangenen Bericht, im Sommer 1905 „unter den Erscheinungen einer Pyelitis“, d. h. in diesem Fall mit Schmerzen in der Gegend der rechten Niere und Trübung des Urins; gleichzeitig stellte sich heftiger Harndrang ein, und eines Tages kam es zu einer beträchtlichen Hämaturie; diese schwand, es blieb aber mikroskopisch immer etwas Blut im eitrig getrübten Urin zurück. Ganz naturgemäß wurde bei den behandelnden Ärzten der Verdacht auf einen Nierenstein rege. Aber weder die Röntgenuntersuchung, noch die Palpation vom Rektum aus gaben positive Anzeichen hierfür. Als ich den Knaben in diesem Zustand zuerst sah, fiel mir die Vorwölbung der Unterbauchgegend auf. Ein eingeführter Katheter (Nr. 11 passierte) entleerte nicht weniger als 1100 ccm eines ziemlich trüben, stark eiterhaltigen Urins. Ich glaubte anfangs an eine zufällige Verhaltung — doch zeigte sich bei wiederholten Katheterisationen immer ein analoges Verhalten. Nun wandte ich meine Aufmerksamkeit der Harnröhre selbst zu und konnte feststellen, daß der eingeführte Katheter regelmäßig in der Bulbusgegend auf ein Hindernis stieß, welches freilich ziemlich leicht zu überwinden war. Die Behandlung bestand naturgemäß in Einführung immer stärkerer Katheter mit gleichzeitiger Spülung der Blase, und ich hatte die Freude, daß bereits in wenigen Tagen eine deutliche Besserung eintrat: die Menge des Residualharns fiel sukzessive von 1100 auf 750, 500, 400, dann rasch unter 100, um nach 14 Tagen auf 10 ccm anzulangen — gleichzeitig damit hörte das schmerzhafte Drängen auf, der Harn wurde klarer, die roten Blutkörperchen schwanden gänzlich. Die Dilatation freilich konnte nicht über Nr. 16 getrieben werden, dickere Nummern überwanden den Widerstand nicht, und der Knabe mußte aus meiner Behandlung mit der Weisung entlassen werden, daß die Katheterisierung noch auf längere Zeit fortzusetzen sei.“

Auch dieser Fall ist wohl unter die Gruppe der kongenitalen Verengerungen einzureihen. Vielleicht könnte man daran denken, die voraufgegangene Scharlacherkrankung zu der Striktur in Beziehung zu setzen, also anzunehmen, daß an dem Scharlach eine Cystitis und Urethritis sich angeschlossen habe, aus welch letzterer dann die Verengerung resultiert sei. Wahrscheinlich ist dies aber nicht; es ist kaum glaublich, daß eine akute Cysto-Urethritis der sehr sorgsamen Mutter

entgangen wäre. Dunkel bleibt der Ursprung der Blutung. P. glaubt, daß es bei der allmählich ausgebildeten Harnstauung irgendwie zu einer endogenen Infektion gekommen ist, welche vorwiegend in der rechten Niere Platz gegriffen hat, daß es sich also um eine Nierenbeckenblutung gehandelt hat, die ganz das klinische Bild eines Steines vortäuschte.

Grätzer.

Pels-Leusden, Über die Madelungsche Deformität der Hand. (Aus der Chirurg. Klinik und Poliklinik der Charité in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) Verf. beobachtete einen sehr charakteristischen Fall bei einem $14\frac{1}{2}$ jähr. Mädchen und einen bei einer 20 jähr. Patientin. Zu ersterem gibt er folgende Epikrise:

„Als das Wichtigste in meinem Falle möchte ich hervorheben die Unregelmäßigkeit in der Verknöcherungszone am distalen Radiusende, welche rechts zu einer vorzeitigen vollkommenen Verknöcherung auf der ulnaren Seite mit entsprechendem Wachstumsminus ulnar, und Wachstumsplus radial und sekundär einer Verschiebung des Carpus geführt, links ähnliche Veränderungen, nur rudimentär entwickelt, zur Folge gehabt hat. Indem nun die Ulna noch eine Weile weiter wächst, wird sie gezwungen, dem Carpus auszuweichen und tut dies, da sie ja schon physiologisch etwas mehr nach dem Dorsum vorspringt, in dieser Richtung. Begünstigt wird das durch den starken Zug, welchen die Sehne des Musculus flexor carpi ulnaris am Pisiforme ausübt, so den Carpus volar fixierend, während das Lig. collaterale carpi ulnare, das vom Proc. styloideus ulnae entspringend am Triquetrum und Pisiforme ansetzt, bei dieser Dislokation kaum eine Dehnung erfährt, also auch kein Hindernis abzugeben braucht. Andererseits sind aber Triquetrum und Pisiforme an der ulnaren Seite des Radius durch das Lig. radio-carpeum dorsale und volare, der Proc. styloideus radii gegen das Os naviculare fest fixiert, abgesehen von den vorwiegend über das Radiocarpalgelenk verlaufenden Muskeln, so daß bei stärkerem Vorspringen der äußeren Radiusgelenkfläche der ganze Carpus in seitlicher Richtung zusammen, das Lunatum zentralwärts heraus und zwischen Ulna und Radius hineingepreßt wird (s. die obige Beschreibung). Welche Veränderungen dabei der Discus articularis eingeht, entzieht sich der Beurteilung. Der Carpus bekommt aber dabei die charakteristische, keilförmige Gestalt und wird nach der ulnaren Seite hin verschoben, wie es auf den Röntgenbildern bei Sauer (Frau, 35 Jahre) ebenfalls recht charakteristisch hervortritt und auf Benneckes Bildern, welche mir noch zur Verfügung standen, ebenfalls sehr deutlich zu sehen ist. Auch im übrigen gleichen die Röntgenbilder Benneckes und meine einander außerordentlich weitgehend, nur ist bei jenen keine Spur von der Epiphysenlinie mehr zu sehen, was bei dem erst 19 Jahre alten Mädchen entschieden auffallend ist.“

Verf. ist nicht der Ansicht, daß der Grund der Erkrankung in einer rachitischen Knochenaffektion zu suchen ist, faßt auch nicht die Deformität als Folge der Verbiegung des Radius nach dem Dorsum und der radialen Seite hin auf, welche eine volare und ulnare Neigung der Radiusgelenkfläche bewirken soll, sondern hält diese Verkrümmung nur für ein begünstigendes Moment; auch dem Muskelzug kann er

keine so große Rolle beimessen, desgleichen nicht einer Überanstrengung. Er glaubt, daß man es mit einer Unregelmäßigkeit im Epiphysenknorpel in der zeitlichen und örtlichen Verknöcherung zu tun hat, welche vielleicht, wie die Exostosis cartilaginea multiplex, auf einer verkehrten Anlage des Intermediärknorpels beruht.

„Ich rechne demnach die Erkrankung als primär zu denen des Zwischenknorpels gehörend hinzu, welche, wahrscheinlich auf falscher Anlage beruhend, gelegentlich zu einer frühzeitigen Verknöcherung im ganzen Bereich der Epiphysenlinie an einzelnen Knochen und damit verändertem Längenwachstum ohne Verkrümmung, von mir an der Hand eines jungen Mädchens beobachtet, führt, gelegentlich eine unregelmäßige Verknöcherung an einzelnen Stellen der Wachstumszone bewirkt, woraus dann Verkrümmungen der Knochen, Verschiebung ihrer Gelenkflächen mit sekundären falschen Stellungen der distalen Gliederabschnitte (Madelungsche Deformität) neben Wachstumsverminderung resultieren, gelegentlich ein ganz unregelmäßiges Wachstum in abnormen Wachstumseinrichtungen mit Verkrümmungen, Exostosen und Verkürzungen an einzelnen oder zahlreichen Knochen zeitigt. In Übereinstimmung mit allen Autoren befinde ich mich darin, daß es sich um eine exquisite Erkrankung des Wachstumsalters handelt.“ Grätzer.

C. Manchot, Über einen neuen Vorschlag zur Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter. (Aus der Säuglingsabteilung des Hamburgischen Waisenhauses.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.) Phosphorlebertran enthält ein starkes Gift, ist unbeständig und zersetzlich. Das Verlangen nach einem vollwertigen und dabei ungefährlichen Ersatz dieses Mittels war daher sehr berechtigt. Phytin erfüllte therapeutisch nicht die Erwartungen. Es schien M. daher ratsam, auf die phosphorreichen Vegetabilien zurückzugreifen, um aus denselben die organischen Phosphorsubstanzen für die Ernährung aufzuschließen. Er wählte den Hanfsamen, weil dessen Phosphorgehalt ein recht hoher ist. Es ist den vereinigten Hamburger Ölfabriken von F. Thörl auch gelungen, ein einwandfreies Hanfmehlpräparat (zu beziehen von E. Rode, Hamburg 24) herzustellen, und aus diesem entölten Hanfmehl bereitet M. in folgender Weise eine Hanfmehlsuppe: 100 g des Mehls werden mit 1 l Wasser angerührt und bei gelindem Feuer auf etwa 250 ccm langsam eingeengt, wozu etwa $1^1/_2$—$1^3/_4$ Stunden erforderlich sind. Die Mischung soll dabei eigentlich nicht ins Kochen geraten, sondern am besten in dem Stadium bleiben, das dem Sieden vorangeht. Die Hanfsuppe wird nun durch ein feines Sieb gegossen, der Rückstand auf dem Sieb mit einem Holzlöffel sorglältig ausgedrückt. Die so erhaltene Suppe enthält noch bedeutende Mengen von Pflanzenfasern, Schalenresten und dergl. und wird daher noch durch ein feines Seihtuch filtriert. So wird eine dünne, milchige, gelbe, angenehm schmeckende Suppe erhalten. Von dieser läßt M. 30—50 ccm der jeweiligen Flasche zusetzen. Sie verträgt sich ebenso gut mit den üblichen Milchmischungen, wie auch mit Buttermilch, Malzsuppe usw. und verliert in diesen Gemengen ihren etwas strengen Nachgeschmack. Kinder mit Stimmritzenkrampf oder anderen Manifestationen der spas-

mophilen Diathese erhalten sie mit Kufekemehlsuppe 1:2 gemischt, der dann bei Rückgang der Erscheinungen allmählich steigend Milch zugesetzt wird. Die größeren Kinder, im 2. Jahre, erhalten die Hanfmehlsuppe als Zusatz zu Suppen und Breien oder der Milch zugesetzt. Die Kinder haben sie sämtlich gern genommen und gut vertragen.

Sie wurde bisher 101 Kindern gereicht, außer Rachitikern und Kindern mit spasmophiler Diathese auch schwächlichen und atrophischen Kindern. Sie wirkte überraschend günstig. Schon nach wenigen Tagen fing das Körpergewicht zu steigen an, dann begann sehr bald die schlaffe, trockene Haut fest und saftig zu werden, sich zu röten, die Muskulatur wurde kräftiger, der Gesamtzustand besserte sich zusehends. Auch bei ausgesprochener Rachitis war die Wirkung eine eklatante, der des Phosphorlebertrans in nichts nachgebende, und ebenso wurde die spasmophile Diathese recht günstig beeinflußt. Es scheint somit ein wertvoller und dabei ungefährlicher Ersatz für den Phosphorlebertran nunmehr gefunden zu sein. Grätzer.

P. Näcke (Hubertusburg), Revakzinationserscheinungen nach Fieberattacken. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.) Unter diesem Titel macht N. Mitteilung über folgenden merkwürdigen Fall:

„Mein kräftiges, jetzt $1^1/_2$ jähriges Söhnchen ward (zum 1. Male) von mir am 13. September 1906 mit Erfolg geimpft. Von den 4 Schnitten am rechten Oberarm entwickelten sich die 2 oberen zu schönen, vollen Pusteln und gleichzeitig darüber eine kleine Nebenpocke, offenbar von einer leicht gestreiften Hautstelle aus entstanden. Die Vornahme der kleinen Operation nebst Vorbereitung geschah vorschriftsmäßig. Die Lymphe war vom Kgl. Lymphinstitute in Dresden bezogen worden. Die Reaktion war eine ziemlich heftige, die Rötung, brettharte Schwellung eine bedeutende, mit hohem Fieber einhergehend, etwa in der Größe von 3—4 cm Länge und 2—3 cm Breite. Von hier aus entwickelte sich sehr bald erst am Arme, dann am ganzen Körper bis zum Nacken eine Roseola, die masernähnlich aussah, aber nach 2—3 Tagen verschwand. Die Suppuration der Pusteln war eine starke und es dauerte etwa 4 Wochen, bis rötliche Narben sich gebildet hatten und die Ränder ringsum normales Aussehen gewannen. Da bekam der Kleine etwa in der Zeit vom 12.—17. November (das genaue Datum ist leider nicht notiert worden) eine leichte Angina tonsillaris et faucium mit 2 tägigem Fieber und mehrere Tage anhaltender Appetitlosigkeit. Als das Fieber aufhörte, röteten sich um die noch rötlichen Impfnarben deutlich die Ränder, schwollen an, trübten sich weißlich, so daß das Ganze genau den Eindruck einer Impfpustel machte; dann gingen sie allmählich in ca. 8—9 Tagen zurück, unter leichter Abschuppung der Haut. Die übrige Haut war absolut normal. Der Kleine empfand leichten Schmerz und besonders Jucken, denn er rieb das Ärmchen oft energisch. Am 28. Dezember 1906 trat wiederum eine Angina ein und ward nach Aufhören des kurzdauernden Fiebers am 31. abermals gefolgt von einer Rötung, Schwellung und Trübung der Impfnarbenränder, und das Ganze verschwand unter leichter Abschuppung nach ca. 8 Tagen. Diesmal hatte der Kleine offenbar darunter etwas mehr zu leiden als das erstemal. Auch jetzt war die übrige Haut ganz normal.

Etwa 4 Wochen vor der ersten Angina hatte der Junge aus unbekannten Gründen (wahrscheinlich Ingestion von nicht zusagender Milch) ein 2 tägiges Fieber durchgemacht, mit heftigem, etwa 2 Tage anhaltendem Erbrechen, mit Appetitlosigkeit und starker Abmattung. Hier war nichts an den Impfnarben erfolgt. Wir sehen also unmittelbar nach Aufhören des Fiebers nach einer Angina zu zwei verschiedenen Malen die Ränder der Impfnarbe das Aussehen einer Impfpustel annehmen. Keines meiner drei

anderen Kinder hat Ähnliches dargeboten. Reibung durch enganliegende Ärmel, sonstige Manipulationen oder Verunreinigung war gänzlich ausgeschlossen und es wäre immerhin eigentümlich gewesen, wenn die vorher völlig normalen Hautränder der fertigen, wenn auch noch etwas rötlichen Narben durch Reiben sich genau in der Form einer Pocke entzündet hätten und nur an dieser Stelle. Ich kann mir dieses eigentümliche Phänomen nur so erklären, daß trotz der langen Eiterung der Pustel an der Impfstelle doch noch vom Vakzinekontagium etwas lebensfähig zurückgeblieben war und dieser Rest dann durch die Fieberattacke aktiv wurde, was freilich gegen das Gesetz der Immunität stoßen würde. Auch ist es auffallend, daß ein Fieber vor der ersten Angina keine solche Reaktion zur Folge hatte. Oder sollte man etwa annehmen, daß durch die Angina gewisse Bakterien usw. in den Kreislauf eingedrungen seien und am etwaigen Locus minoris resistentiae, d. h. also an den Rändern der Narben diese Entzündung erzeugt hätten? Sie würde dann aber wohl schwerlich so pustelartig ausgefallen sein. Deshalb ziehe ich trotz einiger Bedenken die erste Erklärung vor.“ Grätzer.

H. Hans, Primäre und sekundäre Ursachen des erschwerten Décanulements in der Serumzeit. (Aus dem Krankenhause zu Limburg a. d. Lahn.) (Münch. med. Wochenschrift 1907. Nr. 12.) Die Resultate seiner Erfahrungen faßt H. wie folgt, zusammen:

1. Die Verschärfung des Aspirationszuges ist in den weitaus meisten Fällen die primäre Ursache des erschwerten Décanulements. Dieselbe wirkt auf normale Granulationen besonders im oberen Wunddreieck, sowie auf die lockere Schleimhaut des Übergangsgebietes zwischen Kehlkopf und Luftröhre durch ihre Saugkraft aufquellend und so stenosierend.

2. Der Grundsatz, die Kanüle erst wegzulassen, wenn das diphtheriekranke Kind eine Nacht oder noch längere Zeit mit verstopfter Kanüle (Entwöhnungskanüle ohne oder auch mit Fenster) hat atmen können, ist deshalb zu verwerfen.

3. Die beste Zeit des Décanulements ist der dritte bis fünfte Tag, je nach der Schwere des Falles. Leichte Fälle sind zu erkennen, abgesehen von dem Vorverlauf und dem Allgemeinbefinden, aus dem schnellen Abfall des Fiebers, Beruhigung des Pulses, Abstoßen der sichtbaren Beläge im Halse und dem Durchdringen der Stimme bei Hustenreiz trotz liegender, nicht verstopfter Kanüle.

4. Der Versuch, die Kanüle ohne längere Vorprobe wegzulassen, kann in günstigen Fällen nach 48 Stunden gemacht werden. Durchschnittlich stehen diesem frühen Termine die Gefahren des Ansaugens der Infektion nach unten, sowie die Folgen der Verschärfung des Aspirationszuges durch noch bestehende Glottisverengerung, oder durch Hustenreiz entgegen.

5. Die Trach. sup., besonders als Cricotracheotomie, ist schneller und leichter, auch bei mangelnder Assistenz, als die Trach. inf. auszuführen. Ihre dem infektiösen Herd so nahe Lage im Übergangs-

gebiete zwischen Kehlkopf und Luftröhre zwingt aber oft, besonders durch Aufquellung der Submukosa, zum Recanulement.

6. Die zeitige Trach. inf. (als Operation der Wahl) sichert auch gegen das Einsaugen der Infektion in die tieferen Luftwege.

7. Da besonders bei größeren Kindern die Stenose oft mehr durch Membranen in der Trachea und den Bronchien hervorgerufen wird, so erleichtert die Trach. inf. wegen ihrer tieferen Lage das Hinausdrehen solcher Membranen mittels Federbart.

8. Die Notwendigkeit, eine zu früh weggelassene Kanüle wieder einführen zu müssen, macht in den ersten sechs Tagen keine Schwierigkeit. Die Narbenretraktion tritt hindernd erst später dem Recanulement entgegen.

9. Seit der Serumzeit sind die ins Krankenhaus (meist) zur Operation eingelieferten, durchschnittlich schweren Fälle in ihrer Mortalität von 50—70 % auf 10—20 % zurückgegangen. Grätzer.

P. Michaelis, Eine durch Fibrolysin geheilte Ösophagusstriktur. (Aus der chirurg. Abteilung des Kinderkrankenhauses zu Leipzig.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 10.) Einem 8jährigen Mädchen war vor 2 Jahren ein Kirschkern in der Speiseröhre stecken geblieben, und durch Schrumpfung bei der Heilung der Dekubitalgeschwüre war eine Ösophagusstriktur entstanden. Dieselbe wurde so eng, daß jede Nahrungszufuhr per os unmöglich wurde. Man konnte keine Sonde hindurchführen; stets fand sich ein unüberwindbares Hindernis in der Entfernung von 15 cm von der Zahnreihe. Tränkte man diese Stelle mit Novokain-Adrenalin, so konnte man nach einiger Zeit eine Sonde Nr. III Charrière durchführen. Nun wurde Fibrolysin-Merck alle drei Tage (jedesmal 2,3 ccm) an wechselnden Stellen (Armen, Rücken, Nacken) eingespritzt, daneben früh und abends sondiert. Nach der sechsten Injektion passierte eine Sonde Nr. IX leicht die Striktur und nach der siebenten Injektion fiel Sonde Nr. X glatt hindurch, das Kind konnte beschwerdelos jede Nahrung genießen. Grätzer.

Siegfried Klempner, Über bilaterale Athetose. (Neurol. Centralbl. 1906. Nr. 17.) Verf. beobachtete an der Prof. Mendelschen Klinik eine Anzahl von Kindern, welche eigenartige Spontanbewegungen darboten, welch letztere weder der echten Athetose noch der Chorea noch dem Tic zuzuzählen waren. In einer großen Anzahl dieser Fälle fand Verf. den Oppenheimschen Fußreflex deutlich ausgeprägt. Drei Fälle beschreibt er des näheren. Sie zeigen Athetosebewegungen und choreaartige Bewegungen an den Extremitäten sowie ticähnliche Bewegungen im Gesicht und Mitbewegungen. In keinem Falle Konvulsionen. Intelligenzstörungen geringen Grades in einem der drei Fälle. In keinem der Fälle Lähmungserscheinungen oder Spasmen. In allen drei Fällen bei Berührung der Lippenschleimhaut oder der Zunge rhythmisch erfolgende Saug-, Kau- und Schluckbewegungen, ein Reflex, der normalerweise nur bis zum 8.—10. Lebensmonate vorhanden ist. Auffallend war ferner in Verf.s Fällen die Zunahme der Spontanbewegungen bei der Ausführung willkürlicher Bewegungen.

Verf. bezeichnet seine Fälle als „formes frustes“ der Athétose double, von der typischen bilateralen Athetose unterscheiden sie sich durch das Fehlen spastischer Zustände.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die Chorea minor, die angeborene Chorea, Imbecillität u. a.

Verf. glaubt, daß die Athétose double nicht allzu selten vorkommt, nur oft verkannt wird; mancher Fall, der als Tic oder chronische Chorea gilt, ist diesem Krankheitsbild zuzurechnen. Auf das Vorhandensein des Saugreflexes, des konstantesten Symptoms der Athétose double, ist stets ein besonderes Augenmerk zu richten.

Kurt Mendel (Berlin).

Tigges (Düsseldorf), Die Gefährdung der Nachkommenschaft durch Psychosen, Neurosen und verwandte Zustände der Aszendenz. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LXIII. 3. u. 4. Heft.) Auf 100 Ehen, aus denen die in Anstalten Aufgenommenen stammen, kommen 118—140 geisteskranke Kinder, bei den Kindern der in Anstalten Aufgenommenen liegen viel geringere Zahlen vor (etwa 10 auf 100 Ehen), schon wegen ihres kindlichen oder jugendlichen Lebensalters. Die erblich Belasteten haben eine größere Zahl von erkrankten Kindern als die Nichterblichen. Bei ersteren ist die Kinderzahl nicht immer wesentlich vermindert, doch ist eine erhöhte Sterblichkeit im ersten Lebensjahre nachgewiesen. Als ungünstig für die Deszendenz bezüglich Erkrankung der Aszendenz erweisen sich dauernde Temperaments-, Gemüts- und Charakterabnormitäten von den leichteren Graden an bis zu den schwersten, ferner Geisteskrankheiten mit Schwachsinn, Idiotie, Epilepsie, Paralyse, chronischer Alkoholismus, umschriebene angeborene Defekte (z. B. Schwerhörigkeit, Taubstummheit) und die Verbindung dieser Mängel mit Trunksucht. Erblichkeit von beiden Seiten ist ungünstig, ebenso Konsanguinität der Eltern bei belasteter Familie. Sind bei vorliegender erblicher Belastung die Umstände günstig, namentlich bei Verbindung mit Ehegatten von gesundem Nervensystem, so tritt im Verlauf der Generationen Besserung ein. Weniger ungünstig für die Nachkommenschaft sind die einfachen Geistesstörungen und die periodischen Psychosen.

Auch die Gesunden liefern eine hohe Belastungsziffer durch psychisch nervöse Abnormitäten der Aszendenz, letztere zeigt Fälle mit auffallendem Charakter, Geisteskrankheiten und Trunksucht, hauptsächlich aber Nervenkrankheiten. Die gesund gebliebenen erblich belasteten Deszendenten haben aber oft ein besonderes Gepräge und erweisen sich als ausgesprochene Neuropathen und Originale.

Bei der Frage nach der Zulässigkeit der Ehe bei erblich Belasteten müssen alle ungünstigen Zustände berücksichtigt werden, die erfahrungsgemäß einen sicher schädlichen Einfluß auf die Kinder nehmen.

Kurt Mendel (Berlin).

Volland, Geburtsstörungen und Epilepsie. (Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. LXIII. 5. Heft.) Verf. musterte 1500 Fälle durch, um sich von der Bedeutung der Geburtsstörungen als prädisponierenden Faktors für die Entstehung der Epilepsie zu überzeugen;

er fand 45 Fälle vor und prüfte sie auf hereditäre und familiäre Verhältnisse, Geburtsverlauf und Entwicklungsgang, Auftreten der epileptischen Insulte, körperlichen, geistigen Befund, besondere Merkmale bei den Anfällen. 13 der 45 Fälle wiesen hereditäre Belastung als konkurierenden Faktor für das Zustandekommen der Epilepsie auf. In sechs Fällen fand sich bei den nicht neuropathisch Belasteten Tuberkulose in der Aszendenz. Nur in drei Fällen ließen sich mit Sicherheit die Schädelveränderungen auf traumatische Einwirkungen während der Geburt zurückführen.

Das Ergebnis seiner Untersuchung faßt Verf. folgendermaßen zusammen: im Vergleich zu der großen Häufigkeit der Epilepsie spielen in der Ätiologie dieser Krankheit die Geburtsstörungen nur eine untergeordnete Rolle. Aber in einer kleinen Anzahl von Fällen sind die Geburtsstörungen als vorbereitende Ursache für die spätere Epilepsie anzuschuldigen. Durch die traumatischen Schädigungen des kindlichen Kopfes kann der Boden für den gesteigerten Erregbarkeitszustand des Gehirns geschaffen werden, der sich in Form des epileptischen Leidens äußert. Die Entwicklung des Kindes kann sich zunächst normal vollziehen, bis plötzlich, mit oder ohne Gelegenheitsursache, der epileptische Anfall sich einstellt. Die Zeit der zweiten Dentition, die Pubertätszeit und die erste Dentition sind als besonders gefährliche Entwicklungsperioden zu bezeichnen, in denen die Epilepsie mit Vorliebe zuerst auftritt, und die hinsichtlich der Prophylaxe der Epilepsie eine besondere hygienische Überwachung des prädisponierten Kindes erfordern. Kurt Mendel (Berlin).

K. Takasu, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Idiotie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XXI. Heft 5.) Verf. berichtet über folgende zwei Fälle von Idiotie:

1. Idiotie mit Littlescher Krankheit. 19jähriger, apathischer, leicht schwachsinniger Mann, der schon seit der Säuglingszeit spastische Starre aller Extremitäten zeigte und niemals allein sitzen, stehen und gehen, nur bei psychischer Erregung die Extremitäten bewegen konnte (also keine totale Lähmung). Exitus an Lungentuberkulose. Pathologisch-anatomischer Befund: Verdickung der Pia mit einer Verkalkungsstelle über dem linken Stirnlappen, Verhärtung und Schmalheit der Frontal-, Zentral- und Okzipitalwindungen, unregelmäßige Formen und Lagerungen der Ganglienzellen in den Stirn- und Zentralwindungen, vermehrte Blutgefäße und Gliakerne in der Gehirnsubstanz (kurz: diffuse atrophische, sklerotische Veränderungen); außerdem mehrere resistentere, gefäßreiche Herde in den Zentralganglien, Kleinheit der Pyramidenbahnen und Erweiterung des Zentralkanals.

Die Störungen der Sprache und der psychischen Funktion erklären sich durch die atrophische Sklerose des Stirnlappens; die sklerotische Veränderung der motorischen Rindenregion muß als Ursache des Littleschen Krankheitsbildes angeschuldigt werden. Die übrigen Befunde: Gefäßproliferation in den Zentralganglien, Erweiterung des Zervikalkanals und Verkümmerung der Pyramidenbahnen sind teils zufällige Komplikation, teils als Folgen der Atrophie der motorischen Rindenregion zu betrachten.

2. Idiotie mit epileptiformen Krämpfen. Exitus an Lungentuberkulose. Sektionsbefund: Entwicklungshemmung der Stirnrinde, mehrere Gliome auf den beiderseitigen Corpora striata und multiple Gliose in den Markbündelstrahlungen. Die klinisch beobachteten Störungen der Sprache und der psychischen Funktionen sind in diesem Fall vielleicht durch die Entwicklungshemmung der Stirnlappen erklärt.

Die vorhanden gewesenen epileptiformen Krämpfe sind wahrscheinlich bedingt durch die Hirntumoren, wie man mit Rücksicht auf die Größe und Verbreitung der Geschwülste, die Erweiterung der Ventrikelhöhlen und den späteren Beginn der Krämpfe (erst im 2. Lebensjahr) annehmen muß. Ob die intra vitam beobachteten anatomischen Bewegungen des Kranken als eine lokale Reizerscheinung oder als eine von Kopfschmerzen hervorgerufene zwangsmäßige Reaktionsbewegung zu betrachten sind, ist schwer zu entscheiden. Verf. neigt der zweiten Ansicht zu, hierauf deute namentlich das Schlagen des Patienten mit der Faust gegen den Kopf. Kurt Mendel (Berlin).

Cremer (München-Gladbach), Arsen und Sublimat bei Infektionskrankheiten. (Dermatolog. Centralbl. Bd. IX. Nr. 11.) Verf. hat mit Arsen und Sublimat äußerlich und innerlich eine Reihe von Hautkrankheiten mit bestem Erfolge behandelt, so Flexomykosen, Sykosen, Akne, Psoriasis, Syphilis und, ausgehend von der Erfahrung, daß Arsen gerade in den Haaren besonders nachweisbar ist, auch Trichophytie und Favus, auch Ekzeme (aber nicht Säuglingsekzeme) wurden so behandelt. So erhielt z. B. ein Knabe, 9 jährig, der jahrelang an Favus capillitii litt, innerlich Acid. arsenicos. 0,05/200,0 5 bzw. 3 mal täglich 1 Teelöffel in Wasser nach dem Essen und äußerlich

Hydrarg. bichlor.	0,06
Acid. arsenicos.	0,03
Butyr. Cacao	10,0
Ol. physeteris	20,0
M. f. ungt.	

Die Salbenzusammensetzung bei den anderen Erkrankungen ist ähnlich mit Zusatz von Mandelöl, Zinkoxyd usw., während innerlich meist Hydrarg. bichlor. und Arsen. acid. kombiniert zu gleicher Zeit gegeben wird. James O. Wentzel (Zittau).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

Bruch (Tunis), Phlegmon gangreneux du cou. (Archives de méd. des enf. Avril 1907.) Das betreffende, 1 jährige Kind hatte, infolge einer diffusen Phlegmone, eine ausgebreitete Gangrän der vorderen, seitlichen und teilweise auch der hinteren Halshaut erlitten. Die Behandlung des Verf.s bestand in oft wiederholten Waschungen mit physiologischer Kochsalzlösung, und wurde im Laufe von 2 Monaten vollständige Vernarbung erzielt. Die ganze Gegend hatte sich überhäutet, ohne daß sich entstellende oder zusammenziehende Narben gebildet hätten. Das Resultat, welches in einem schweren Falle mit einer relativ einfachen Behandlungsmethode erzielt wurde, ist ein beachtenswertes. E. Toff (Braila).

Bruch (Tunis), Tolérance étonnante du larynx d'un enfant pour un corps étranger. (Archives de méd. des enf. Avril 1907.) Der betreffende 10jährige Knabe hatte eine Muschelschale zerbissen und hiervon ein Stückchen verschluckt. Einige Augenblicke später trat ein Erstickungsanfall auf, dann trat Husten auf und es entwickelte sich vollständige Aphonie. Am zweiten Tage wurde die Tracheotomie ausgeführt und der Kehlkopf exploriert, doch nichts gefunden. So lange das Kind die Kanüle trug, atmete es gut, die Nahrungsaufnahme und der Schlaf waren normal. Sowie man aber versuchte, die Kanüle zu entfernen, traten Husten- und Erstickungsanfälle auf. Endlich konnte eines Tages die Kanüle entfernt werden, ohne daß derartige Anfälle aufgetreten wären, und die Atmung blieb eine gute während zwei Tagen, dann trat wieder ein heftiger Hustenanfall auf, der eine Stunde dauerte, worauf ein nahezu 1 Quadratzentimeter großes Stück einer Muschelschale ausgehustet wurde. Der Fremdkörper hatte 18 Tage im Kehlkopf gelegen, die Toleranz des Organs während so langer Zeit ist also eine ganz außerordentliche gewesen. E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Entérites et appendicite chez les enfants. (Arch. de méd. des enfants. Avril 1907. S. 193.) Die Enteritis spielt bei Kindern eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Appendizitis; fast alle Kinder, die eine Entzündung des Wurmfortsatzes bekommen, haben in einer mehr oder weniger entfernten Vergangenheit an akuter oder chronischer Gastroenteritis, an subakuter Enteritis oder an Enterokolitis gelitten. Der Appendix kann durch lange Zeit entzündlich verändert sein, ohne daß dieser Zustand durch palpable Symptome in Erscheinung treten muß. Viele derartige Erkrankungen können spontan heilen, andere werden erkannt, indem sie sich in akuter Weise verschlimmern. Es ist daher von Wichtigkeit, die chronische Form der Krankheit rechtzeitig zu erkennen, was nur durch eine genaue und oft wiederholte Untersuchung möglich ist. Ein besondere Disposition für Appendizitis gibt hauptsächlich die Entero-Colitis muco-membranacea. Es ist dies leicht erklärlich, wenn man bedenkt, daß der Wurmfortsatz einigermaßen einen Teil des Dickdarmes bildet, andererseits, daß die Enterokolitis des Kindes mehr noch als diejenige des Erwachsenen durch eine akute Entzündung des Dickdarmlymphapparates hervorgerufen wird, also die Entzündung von derselben sich mit Leichtigkeit auf die Lymphfollikel des Appendix erstrecken kann.

Weitere Untersuchungen bei Kindern, die an Appendizitis leiden, zeigen, daß in vielen Fällen der Enterokolitis und Appendizitis eine Rhino-Pharyngitis und Adenoiditis vorangehen, Krankheiten, die eine erste Infektion des Darmes und des Wurmfortsatzes bedingen.

Nach diesen Betrachtungen besteht also die Prophylaxis in einer rationellen Nahrungshygiene und darin, Darmentzündungen vorzubeugen, in einer genauen Behandlung letzterer, falls sie auftreten, und endlich in einer Behandlung der Nasenrachenraumerkrankungen, welche sehr oft den in Rede stehenden Krankheiten vorangehen. E. Toff (Braila).

T. Mogilnicki, Laryngite aigue intense simulant le croup. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Juin 1907.) Es gibt Fälle

von akuter Laryngitis bei Kindern, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit Krupp haben und welche auch oft auf die Diphtherieabteilung mit dieser Diagnose geschickt werden. In Anschluß an 10 derartige Fälle, welche der Verf. auf der Abteilung von Marfan beobachten konnte, studiert derselbe in eingehenderer Weise die Ursachen, welche die Erscheinungen akuter Larynxstenose bei Kindern hervorrufen können. Es sind dies: 1. Glottisödem; 2. Laryngitis stridulosa; 3. Laryngitis intensiva und 4. Krupp.

In differentialdiagnostischer Beziehung sei folgendes bemerkt. Bei Glottisödem sind Husten und Stimme nicht verändert und die Dyspnöe ist nur inspiratorisch. Die Laryngitis stridulosa, fälschlich auch falscher Krupp genannt, obwohl sie mit dieser Krankheit keinerlei Ähnlichkeit besitzt, beginnt plötzlich bei Nacht, meist ohne Vorboten. Das Kind, welches sich leicht verschnupft schlafen gelegt hat, erwacht gegen 1—2 Uhr nachts mit einem heiseren Husten und ausgesprochenem dyspnoischem Anfalle. Meist vergeht der Anfall, in anderen Fällen zieht sich derselbe in die Länge, und dann kann die Krankheit auch eine gewisse Ähnlichkeit mit wahrem Krupp darbieten.

Die akute intensive Laryngitis, wie sie primär oder im Verlaufe von akuten Eruptionskrankheiten auftritt, kann mitunter zu so schweren stenotischen Erscheinungen Veranlassung geben, daß die Intubierung oder Tracheotomie vorgenommen werden müssen. Zum Unterschiede vom wahren Krupp, werden bei derselben keine Pseudomembranen ausgehustet, die Stimme und der Husten sind nur heiser, aber nicht aphonisch, und die Untersuchung des Schleimes zeigt keine Löfflerschen Bazillen. Diese Unterschiede sind aber keineswegs absolut, und sowohl intensive Laryngitis, als auch wahrer Krupp bieten verschiedene Formen, die einander sehr ähnlich sehen. Es ist daher anzuraten, in zweifelhaften Fällen Einspritzungen von antidiphtherischem Serum vorzunehmen und, bei Bestehen intensiver Dyspnöe, zu intubieren oder zu tracheotomieren. E. Toff (Braila).

Guisez, Bemerkungen zu den 6. Fall von Fremdkörperextraktion durch die Bronchoskopie. (Journal des Praticiens. 3. Nov. 1906.) Ein $5^1/_2$ Jahre altes Kind, das beim Spiel mit einer kleinen Trompete das Mundstück aspiriert hatte, bekam sofort Erstickungsanfälle, Husten und Cyanose. Nach einem Moment der Ruhe hört man in der einen Brust ein medikalisches Geräusch. Eine Durchleuchtung zeigt einen kleinen schwarzen Körper im inneren Teil des sechsten rechten Interkostalraums hinten. 7 Stunden nach dem Vorfall Operation unter Chloroform, zwei Röhren von 6 und 5 mm Weite, das Kind in Rosescher Lage, eine Rolle unter den Schultern, der Kopf stark nach hinten gedrängt, den Mund durch eine Sperre offengehalten, Zunge fixiert, Gesicht nach links. Die für die Glottis zu große 6 mm Röhre wird ersetzt durch die 5 mm Röhre, die vom linken Mundwinkel her, der dem Fremdkörper gegenüber liegenden Seite, eingeführt wird. Larynx und Trachea werden leicht passiert und die Röhre gelangt in den rechten Bronchus, wo das Zusammentreffen mit dem Fremdkörper ein Metallgeräusch hervorruft. Eine lange Pinzette faßt und zieht ihn in toto heraus. Das Trompetenmundstück war 8 mm lang und 4 mm im Durchmesser stark. H. Netter (Pforzheim).

Auché, Pemphigus hereditarius traumaticus simplex, Epidermolysis bullosa hereditaria. (Journal de méd. de Bordeaux. 16. September 1906.) Der 10jährige Knabe hatte bei seinem Eintritt in das Kinderspital in Bordeaux am 26. Juni 1905 Pemphigusblasen an den Füßen und in der Lendengegend. Die 2 Jahre zuvor an Phthise verstorbene Mutter hatte jeden Sommer das gleiche Leiden, ein Onkel mütterlicherseits desgleichen bis zum 15. Jahr, ebenso die Vettern des Kindes bis zum 15. und 16. Jahr. Ein 13jähriger Bruder leidet zur Sommerzeit an Phlyktänen, eine ältere Schwester dagegen ist gesund. Seit Geburt soll der 10jährige Patient jeden Sommer an einer der jetzigen Affektion völlig analogen Blasenbildung leiden. Zurzeit sind Blasen vorhanden an beiden Füßen und in der Lendengegend, frische, eingetrocknete, sowohl auf der Planta wie auf den Dorsum pedis, in den Dimensionen sehr mannigfaltig, jede Blase mit einer roten Einfassung. In der Lendengegend rechts 14 frische Narben, zwei andere, die eine frisch, die andere etwas älter in der Nabelgegend; links zwölf eingetrocknete Phlyktänen; ferner pigmentierte Flecken, die Residuen alter Phlyktänen. Nachdem der Kranke sich 12 Tage lang absolut ruhig verhalten hatte, wird am 7. Juni 1906 konstatiert, daß sämtliche Blasen je nach ihrem Alter mehr oder weniger geheilt und neue nicht entstanden sind. Der Allgemeinzustand war die ganze Zeit ein guter. Eine Untersuchung des Blaseninhaltes auf eosinophile Zellen ergab zu wiederholten Malen ein Verhältnis von 6—8 Eosinophile: 100 weißer Blutkörperchen, die eosinophilen des Blutes zur selben Zeit eine Proportion von 4—6 : 100, später, lange Zeit nach der völligen Heilung eine solche von 2—3 : 100. Die mikrobiologische Untersuchung der frischen und nicht entzündeten Blasen war stets negativ ausgefallen.

H. Netter (Pforzheim).

J. Monges, De l'épidémie actuelle de Variole. (Marseille-Médical. 1. März 1907. Nr. 5.) M. gibt eine Statistik über die in Marseille herrschende Variolaepidemie nach den Beobachtungen auf den Krankenabteilungen für den Monat Januar 1907. Eingeliefert wurden in genanntem Zeitraum 286 Kranke, 132 Männer, 132 Frauen, 22 Kinder. Nach der Erscheinungsform entfielen auf die Variola haemorrhagica 19%, auf die Variola confluens 17%, auf die „Variole cohérente“ 16%, auf die „Variole discrète 36%, auf die Variolois 12% (eine ziemlich gekünstelte Einteilung Anm. d. Ref.). Die Gesamtmortalität betrug 31%, von den an der hämorrhagischen Form Erkrankten starben 91%; die Zahlen für die V. confluens, V. „cohérent“, V. discrète und Variolois sind 85%, 23%, 0% und 0%. Bei der primär-hämorrhagischen Form trat der Tod selten nach dem 6. Krankheitstag ein, 2—3 Tage nach dem Erscheinen der Hämorrhagien bei der sekundär-hämorrhagischen Form. Bei einem 8jährigen Kind trat, 10 Tage nach dem Erscheinen einer sehr diskreten Eruption eine neue, reichlichere „Variole à répétition“ ein. Zwei junge, bereits geimpfte Leute bekamen 2—3 Tage nach dem Erscheinen der Vakzinepusteln die ersten Symptome der Variola und eine „diskrete Eruption“. Die häufigste Komplikation war die Bronchopneumonie, der die meisten der an V. confluens Erkrankten erlagen, ferner Abszesse

und Phlegmonen, besonders bei männlichen Kranken, Konjunktivitis und Keratitis. Die Behandlung beschränkte sich auf die Anwendung von Ammoniumacetat, 20 g pro die, mit Extr. Opii 0,05, auf Naphtholbäder, auf Gelatineinjektion oder Chlorcalcium in Lösung per os, 6 g pro die, bei den hämorrhagischen Formen. Von 19 an V. haemorrhagica Erkrankten genasen 3 allerdings nicht Schwerkranke; einer davon war mit Gelatineserum, der zweite auch, in Verbindung mit Chlorcalcium, der dritte mit letzterem allein behandelt worden. Diese drei waren in ihrer Kindheit geimpft. Unter den übrigen 16 der V. haemorrhagica fanden sich: geimpft 56 %, revakzinierte 9 %, nicht geimpfte 35 %. Variola confluens: alle Genesene waren geimpft; bei den Gestorbenen waren vakzinierte 72 %, revakzinierte 60 %, nicht geimpfte 22 %. Variola cohérente: Geheilte: geimpft 73 %, wiedergeimpft 6 %, nicht geimpfte 21 %; Gestorbene: geimpft 50 %, nicht geimpft 50 %. „Variola discrète“: alle geheilt: vakziniert 70 %, revakziniert 22 %, nicht geimpft 18 %. Variolois: alle geheilt, vakziniert 76 %, revakziniert 17 %, nicht vakziniert 7 %. Mortalität 33 % für die vakzinierten, 17 % für die revakzinierten, 64 % für die nicht geimpften. Die jüngste Revakzination unter den Gestorbenen lag 3 Jahre zurück. Die Mehrzahl der Kranken stand zwischen 20 bis 40 Jahren; die wenigen über 60 und die Kinder unter 1 Jahr sind alle gestorben. Die hämorrhagische Form befiel besonders das Alter von 20—30.

H. Netter (Pforzheim).

H. W. L. Barlow, Ikterus malignus nach Scharlach. (Brit. med. Journal. 4. August 1906. Bd. II.) Das $6^1/_2$ jährige Kind wurde am 42. Tag seines Scharlachs von Kopfschmerz, Übelkeit und Halsweh befallen. Die letzten 3 Wochen war das Befinden gut gewesen. Es bestand mäßiges Fieber, Erythem des Pharynx. Am folgenden Tag leichter Ikterus der Conjunctiva und der Haut, Leber nicht vergrößert. Systolisches Geräusch an der Herzspitze, Herzaktion sehr beschleunigt. Urin ohne Albumen und Zucker, enthält jedoch wenig Gallenfarbstoff. Kind somnolent, ohne Klagen, auf Fragen reagierend. Rapide Verschlimmerung. Am 3. Tag sehr starker Ikterus, Erbrechen, Puls 160, Respiration 30, Delirien, Agitation, Tod nach einem leichten Krampfanfall. 11 Stunden post mortem. Autopsie: starke Gelbfärbung aller Gewebe, keine subserösen Hämorrhagien. Leber blaß, weder besonders fett noch weich. Mikroskopisch massenhaft schwärzliches Pigment. Gallenwege frei. Milz an Volumen vergrößert, gleich Leber und Nieren ebenfalls von schwärzlichem Pigment durchsetzt. Nephritis.

H. Netter (Pforzheim).

Aldo Castellani, Ascaris lumbricoides als Ursache einer Appendicitis. (Brit. med. Journ. 4. August 1906. Bd. II.) Folgendes ist der Sachverhalt: Ein seit längerer Zeit an Helminthiasis leidendes 14 jähriges Mädchen hatte Santonin genommen. Nicht lange danach stellte sich Erbrechen, Leibschmerzen, besonders rechts und etwas Fieber ein. Nach 2 Tagen plötzlicher Tod. Die wenige Stunden post mortem in Colombo vorgenommene Sektion ergab zunächst weder in der Brust noch in der Bauchhöhle etwas Besonderes. Jedoch der

Appendix war gespannt, hyperämisch, da und dort mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt, aber frei beweglich, ohne Adhärenzen. Er erscheint hart und von einem zylindrischen Körper angefüllt. Bei der Öffnung des Darmes sieht man eine zur Hälfte solid in den Appendix implantierte, zur anderen in das Coecum vordringende Askaride. Obgleich abgestorben, läßt sich dieselbe nicht aus dem den Wurm ganz umschließenden Appendix herausziehen. Beim Aufschneiden findet man zwischen Appendixwand und Wurm Eiter. In demselben Kolibazillen. Die Darmschleimhaut im geringen Grad hyperämisch. Zahlreiche Askariden, zum Teil lebend, im Darm. — Der Fall erscheint nicht ganz eindeutig und der ursächliche Zusammenhang von Ascaridiasis und der Appendicitis nicht ohne weiteres sicher. Anm. des Ref.

H. Netter (Pforzheim).

Erasmus Ellis, Pneumokokken-Peritonitis. (Brit. med. Journ. 3. Nov. 1906. Bd. II.) Ein 6jähriges Kind erkrankte plötzlich in voller Gesundheit am 7. Mai 1906 an Diarrhöe, Erbrechen mit lebhaftem Leibschmerz. Entleerungen dunkel gefärbt und fötid. Am 9. Konstipation, die einen Einlauf nötig macht. Am 12. neuerliche Diarrhöe mit Schmerzen, die auch bei der Urinentleerung sich einstellen. Am 15. Tsnesmus und Konstipation, bis zum 18. Dann wieder Diarrhöe, die am 21. auf Wismut, Salol zum stehen kommt. Von Beginn an hatten sich Zeichen einer Peritonitis bemerkbar gemacht: Meteorismus, links unten gedämpfter Schall, allgemeiner Schmerz mit einem Maximum links. Mäßiges Fieber. Am 16. Mai, am 9. Krankheitstag, Zeichen einer linksseitigen Pneumonie am Skapularwinkel. Puls 128, Respiration 40—44. Am 25. Mai Laparotomie. Abfluß von 400 g gelbgrünen, geruchlosen, fibrinhaltigen Eiters, in dem der Pneumococcus nachgewiesen wird. Allmähliche Besserung und schließliche, unerwartete Heilung. Verf. berechnet nämlich auf 46 Fälle diffuser Pneumokokken-Peritonitis nur 6 Heilungen, 14⁰/₀, auf 45 Fälle der lokalisierten Form 37, i. e. 86⁰/₀ Heilungen.

H. Netter (Pforzheim).

J. Sholto Douglas, Influenza-Meningitis bei einem 10 Monate alten Kind. (Lancet. 12. Januar 1907. Bd. I.) Das Kind war in St. Georges Hospital auf die Abteilung von H. D. Rolleston mit der anamnestischen Angabe gekommen: 2 Tage lange Starre, allgemeine Schmerzen, Reizbarkeit, Husten, Anfälle. Krämpfe waren nicht vorausgegangen. Beinahe alle halbe Stunden schrie das Kind auf. Kernigs Symptom und leichte Nackenstarre ohne deutlichen Opisthotonus waren vorhanden. Alle tiefen Reflexe gesteigert, aber kein Klonus. Abdominal- und epigastrischer Reflex fehlten, während der Plantarreflex vorhanden war. Temperatur 101,2° F., Puls 136, Respiration 48. 4 Tage post recept. trat ein halbkomatöser Zustand und leichtes Schielen infolge Lähmung beider Recti externi. In der Lumbalflüssigkeit zahlreiche schwach sich färbende, schlanke, dünne Stäbchen, die kulturell und mikroskopisch dem Influenzabazillus entsprachen. Gliederspasmen mit Opisthotonus setzten ein, und am 5. Tag nach der Aufnahme trat der Exitus ein. Die Autopsie ergab eine Meningitis. Das Gehirn war ziemlich weich, die Windungen ab-

geplattet. Unter der Pia mater dicker grüner Eiter, entlang den Blutgefäßen, an der Konvexität wie an der Basis. Seitenventrikel nicht erweitert, an der Hinter- und an den Seitenflächen der Medulla spinalis eine dicke Eiterschicht der ganzen Länge nach. Die Vorderfläche des Rückenmarks dagegen war frei von Entzündungserscheinungen. Ausstrichpräparate und Kultur von dem bei der Sektion gewonnenen Eiter ergaben den gleichen bakteriologischen Befund wie die intra vitam untersuchte Lumbalflüssigkeit, den Pfeifferschen Influenzabazillus, nach der Versicherung des Verf.s der erste in England beobachtete Fall. Das weitere Interesse liegt in der Tatsache, daß der Patient ein Kind war. H. Netter (Pforzheim).

A. Winkelried Williams, A case of Lupus of vaccination area. (The Britsh journ. of Dermat. Jan. 1907.) Auf dem Arme eines geimpften Kindes entwickelte sich einige Monate nach der erfolgreichen Vakzination an der Impfstelle ein Lupus. Da es auffiel, daß alle anderen Kinder, welche mit der gleichen Lymphe behandelt worden waren, gesund blieben, forschte man weiter nach der Ursache dieses eigentümlichen Vorfalls und fand dieselbe in Umschlägen mit Kuhdung, welche die Mutter auf Anraten einer „weisen Frau“ auf die offenen Impfstellen gelegt hatte! Max Joseph (Berlin).

A. Winkelried Williams, A case of Epidermolysis bullosa in which there was evidence of antenatal development of the condition. (The British journ. of Dermat. Jan. 1907.) Bei dem 5jährigen, mit Epidermolysis bullosa behafteten Mädchen aus sonst gesunder Familie bestanden bei der Geburt verschiedene Verwachsungen an Armen und Beinen, welche chirurgisch getrennt wurden. Die erste Blaseneruption erschien 2 Wochen nach der Geburt an Armen und Beinen, von da an wiederholten sich die Blasenschübe beständig, exkoriierten und hinterließen weiße dünne Narben. Das Kind macht einen schwächlichen Eindruck, seine Haare sind dünn, die Nägel bröcklig, die Zähne defekt. Unter Schutzverband und antiseptischer Behandlung heilen die Blasen, doch tritt nach einigen Wochen infolge eines Druckes der Stiefel, welcher bei normalen Individuen durchaus nicht eine solche Wirkung geübt haben würde, ein Rezidiv von großen Blasen und Exkoriationen auf. Max Joseph (Berlin).

Vincenzo Trischitta, Die Leukozyten im Mammasekret des Weibes und die Zytoprognose der Laktation. (La Pediatria. 1906. Bd. I. Nr. VIII.) Vor der Geburt und in den ersten Tagen nach derselben herrschen die mononukleären Leukozyten vor, am zweiten und dritten Tage erfolgt eine Invasion polynukleärer Leukozyten. Dies ist ein Zeichen für das Eintreten der Milchsekretion und steht in direkter Proportion zu deren Intensität; gegen den vierten und fünften Tag nimmt ihre Zahl ab und sie werden ersetzt durch nucleäre Lymphozyten. Nach dem fünften Tage findet man nur einige Leukozyten in Degeneration, wenn die Mammasekretion ihren normalen Verlauf nimmt. Fehlt aber aus irgendwelchem Grunde das Gleichgewicht zwischen Sekretion und Exkretion der Drüse, so treten Veränderungen in den eben beschriebenen Verhält-

nissen ein. So beobachtet man, wenn die Frau das Kind nicht anlegt, mononukleäre, die Fett resorbieren und bisweilen Degenerationszeichen aufweisen. Ist die Milchstase eine absolute und die Spannung hoch, so herrschen die polynukleären Leukozyten vor, die sich schnell mit Fett beladen. Dasselbe trifft zu, wenn die Milchsekretion reichlich, der Säugling aber schwächlich ist; auch während der Menstruation wird das Gleiche beobachtet.

Für die Prognose der Laktation ist also nicht nur die chemische Untersuchung der Milch maßgebend, ebensowenig wie die grobe mikroskopische Untersuchung betreffend die Anwesenheit und Menge der Cholostrumkörperchen oder die Größe der Milchkügelchen, es ist vielmehr notwendig, ob mono- und polynukleäre Leukozyten wieder erschienen sind, was prognostisch von großer Bedeutung ist. In der Tat wird die Anwesenheit polynukleärer Leukozyten dafür sprechen, daß die Milchsekretion sehr intensiv sein wird, während ein erhöhtes Verhältnis an Leukozyten zu diversen Zeiten der Laktation ein Mißverhältnis zwischen Sekretion und Exkretion anzeigt und ein prognostisch schlechtes Zeichen ist. Eine erhöhte Proportion von Lymphozyten im Cholostrum oder in der reinen Milch, wenn man die Laktation für einige Zeit unterbricht, ist gleichfalls von übler Vorbedeutung.

F.

Galli, Epidemische Parotitis und Keuchhusten. (Rivista di Clinica Pediatria. 1906. Bd. I.) Angesichts der von Berardinone behaupteten Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Parotitis und Keuchhusten hat Verf. gelegentlich einer in Faenza gleichzeitig aufgetretenen Epidemie beider Krankheiten auf diesen Zusammenhang geachtet. Er hat an die Ärzte einen Fragebogen gerichtet und so befriedigende Auskünfte erhalten, daß er imstande ist, auf einem schematischen Ortsplan genau den Gang der Epidemien aufzuzeichnen. Zuerst trat die Parotitis und 3 Monate später der Keuchhusten auf, jene auf der Höhe, diese im Tal der sogenannten „contrada Emilia". Das nähere Studium der Fälle zeigte, daß, während die einen den Ansichten Berardinones zu entsprechen schienen, die andere damit in Widerspruch stehen, so daß ein abschließendes Urteil nicht möglich ist.

F.

Antonio Jovane, Klinischer Beitrag zur subkutanen Anwendung von Meerwasser in der Pädiatrie. (La Pediatria. 1906. Bd. I.) Angeregt durch die enthusiastischen Mitteilungen von Ruinton, Pagano, Simon, Lachèze über die Anwendung von Meerwasser bei kranken Kindern hat Verf. einer Anzahl von rachitischen Kindern täglich 2—3 ccm, zum Teil alle 5—8 Tage 30—60 ccm sterilisiertes Meerwasser subkutan injiziert. Bei den größeren Dosen traten Intoleranzerscheinungen, bei den höchsten Dosen auch leichte Fieberbewegungen ein. Es war stets eine deutliche Besserung sichtbar; die rachitischen Kinder, die sich vorher nicht auf den Beinen halten konnten, begannen ziemlich gut zu gehen; fast stets war Gewichtszunahme und Besserung des Appetits zu konstatieren; im Blut ließ sich eine Zunahme des Hämoglobins und Hyperglobulie der roten Blutkörperchen nachweisen.

F.

Ernö Deutsch, Über die Prostitution. („Közegèszségugyi kalauz". 1907. Nr. 11.) Verf. ist Abolitionist, da er in der Reglementierung eine inhumane und unnütze Institution sieht. Er legt das Hauptgewicht auf die in der Jugend durchgeführte Prophylaxe, die er in folgenden Punkten zusammenfaßt:

1. Sexuelle Aufklärung der Kinder, nicht so revolutionär durchgeführt wie es Lischnewska wünscht, sondern gemäßigt, im Rahmen des naturwissenschaftlichen Unterrichtes.

2. Verbreitung populär gehaltener Schriften auf die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zielend, die zurzeit der Geschlechtsreife lanziert werden sollen.

3. Kampf gegen den Alkoholismus, der als ätiologisches Moment der Prostitution, vom Standpunkte der Degeneration und als Gelegenheitsursache, eine wichtige Rolle spricht.

4. Für geistig abnorme, gewöhnlich überaus laszive Kinder, sollen separate Schulen eingerichtet werden.

5. Die in Internaten überaus verbreiteten perversen Triebe sollen im Keime erstickt werden.

6. Durch die Koedukation wird die gegenseitige Achtung der Geschlechter gefestigt.

7. Nach französischem Muster möge man Institute für die „enfants martyrs" und „enfants moralement abaudonnés', einrichten.

8. Das Beispiel der „Frankfurter Aktiengesellschaft" zur Schaffung entsprechender Arbeiterwohnungen ist nachahmenswert.

9. Die gesetzliche Regelung der Kinderarbeit ist von großer Tragweite.

10. Das Strafgesetz soll die gewissenlosen Kuppler und lasziven Greise strenge bestrafen.

Ernö Deutsch (Budapest) Autoreferat.

Ernö Deutsch, Über die sexuelle Aufklärung der Kinder. („Közegèszség." 1907. Nr. 5.) Der Lösung dieser Frage kann man nicht mehr aus dem Wege gehen. Man darf kein Revolutionär sein und alles über den Haufen werfen, auch kein Quiestist, der sich mit allem Bestehendem zufrieden gibt, sondern man arbeite auf Basis der gesunden Entwicklung — der Evolution. Das sexuelle Leben darf nicht als etwas Schmutziges, Perverses angesehen, sondern es muß als Materialisierung des idealsten Gefühles, der Liebe, hingestellt werden. Die Schule gebe nach Siebertschen Lehren entsprechenden naturwissenschaftlichen Unterricht, auf der fußend, die durch hierzu abgehaltene Kurse würdig vorbereiteten Eltern die endgültige Aufklärung geben können. Wird der Pädagog die Kinder mit richtigem Takte in die Mysterien des Zellenlebens einführen, so wird das Geschlechtsleben des Menschen an Mystizismus mit einem Schlage nahezu alles einbüßen.

Ernö Deutsch (Budapest) Autoreferat.

Langelaan, Katze mit kongenitaler Ataxie. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. S. 180.) L. demonstriert in der medizinischen Gesellschaft eine Katze mit kongenitaler Ataxie, gepaart mit Astasie und

Atonie der Muskeln; keine Sensibilitätsstörungen, Sehnenreflexe scheinen anwesend zu sein. Die Katze stammt aus einer neuropathischen Familie. Die Großmutter der Katze starb während eines epileptischen Anfalles. Die Mutter und die 3 Geschwister des Tieres sind gesund.

Graanboom.

Sitsen, Ein Fall von Vakzinegeneralisation. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1393.) Bei einem gesunden Kinde von $2^1/_2$ Jahren, das vor einigen Wochen Varizellen durchgemacht hatte, sah S., in Anschluß an eine normal verlaufende Vakzination, am zehnten Tage nach dieser Impfung ein heftiges Fieber mit gleichzeitiger Eruption entstehen. Diese bestand aus zwei verschiedenen Effloreszenzen und zwar aus Pusteln, den Vakzinepusteln vollkommen ähnlich, und aus Bullae von verschiedener Größe. Die Eruption entstand im Gesicht und verbreitete sich von hier aus über Arme, Rumpf und Beine.

Die Eruption ging, nach Hinterlassung von sehr feinen Narben, ziemlich zugleich mit den Vakzinepusteln zurück.

S. ist der Meinung, daß hier eine Generalisation der Vakzine angenommen werden muß.

Graanboom.

P. Altés, Behandlung der Milzbrandpustel. (La Medicina de los ñinos. 1907. Nr. 1—3.) Anschließend an zwei von ihm behandelte Fälle (Kinder von 6 und 8 Jahren) empfiehlt Verf. Exzision und Kauterisation der Pustel, kaustische Stichelung der Umgebung, vier Injektionen à 1 ccm 2 $^0/_0$ iges Phenol, antiseptische Umschläge und den innerlichen Gebrauch von Chinin.

M. Kaufmann.

Nestor Nastase, Tuberkulöse Meningitis mit Polynukleose der cephalo-rachidianen Flüssigkeit. (Spitalul. 1907. Nr. 3.) Die Untersuchung der zephalo-rachidianen Flüssigkeit ist mit Bezug auf die Diagnose einer tuberkulösen Meningitis von besonderer Wichtigkeit; fast immer kann die Diagnose frühzeitig mit Bestimmtheit festgestellt werden, zu einer Zeit, wo die klinischen Symptome noch keineswegs charakteristisch sind. Der Verf. hat mittels Lumbalpunktion 43 Fälle von tuberkulöser Meningitis im Laufe eines Jahres auf der Abteilung des Prof. N. Thomescu untersucht und bei 33 Lymphozytose (90—95 $^0/_0$) gefunden. In 5 Fällen fand man Lymphozyten, in 75 Fällen wog aber die Zahl der Polynukleären vor (65—86 $^0/_0$), während Lymphozyten nur in einer Anzahl von 14—25 $^0/_0$ vorhanden waren. Endlich kamen 2 Fälle zur Beobachtung, bei welchen keinerlei zellige Elemente in der Zerebrospinalflüssigkeit gefunden werden konnten.

E. Toff (Braila).

D. Calinescu, Vorschlag, um Bäder anschließend an allen ländlichen Schulen einzurichten. (Spitalul. 1907. Nr. 10.) Ausgehend von dem Erfahrungssatze, daß Reinlichkeitsbegriffe von frühester Kindheit auf eingeprägt werden müssen, schlägt C. vor, in Verbindung mit allen Landesschulen Volksbäder einzurichten, in welchen die Schulkinder einmal wöchentlich Bäder nehmen sollen und auch die sonstige Bevölkerung gegen billiges Geld welche nehmen kann. Auf diese

Lactoserve

(Dauerpräparat zur Durchführung der Buttermilch-Therapie)

Seit einiger Zeit spielt die Buttermilch in der Therapie der Darmkrankheiten und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter eine wichtige Rolle und ihr grosser Wert als Diäteticum wird von Kinderärzten immer mehr anerkannt, wie zahlreiche neuere Veröffentlichungen beweisen.

Der ausgedehnteren Anwendung dieser Nahrung für magendarmkranke und mangelhaft gedeihende Säuglinge stehen jedoch in manchen Gegenden und in ungünstiger Jahreszeit die Schwierigkeiten entgegen, welche die Beschaffung einer stets einwandfreien, frischen Buttermilch bietet. An vielen Orten ist die Buttermilch von guter Beschaffenheit, wie sie die grossen Molkereien produzieren, im Einzelverkauf oft nicht erhältlich, und man ist auf das Produkt von Kleinbetrieben angewiesen, das sich nicht gerade immer zur Säuglingsernährung eignet. Aber selbst gute Buttermilch ist für den gedachten Zweck nur verwendbar, wenn sie auch frisch ist; hat sie schon einige Zeit gestanden, so wird ihr Säuregrad zu hoch und es kommt ferner

2) Die **Unschädlichkeit.** Den durch das Ueberhandnehmen der Proteolyten in der frischen Buttermilch verursachten schädlichen Veränderungen (s. o.) ist die „**Lactoserve**“ nicht unterworfen. In bakteriologischer Hinsicht hat sich die Konserve bei verschiedenen Untersuchungen stets völlig einwandfrei erwiesen und wird in dieser Beziehung einer andauernden Kontrolle unterzogen.

3) Der **höhere Nährwert.** Buttermilch ist stets entrahmt, während die „**Lactoserve**“ ausser dem Rahm der zu ihrer Darstellung verwendeten Vollmilch noch die oben genannten Zusätze enthält.

4) Die **Bequemlichkeit bei der Herstellung der trinkfertigen Nahrung.** Während die Buttermilch vor ihrer Darreichung einer sorgfältigen und mühevollen Zubereitung durch Kochen, Beigabe von Zusätzen u. s. w. unterworfen werden muss, genügt bei der „**Lactoserve**“ ein Anrühren mit warmem, vorher abgekochtem Wasser, und zwar 500 gr Wasser auf 100 gr Lactoserve.

5) Da die „**Lactoserve**“ nicht gekocht zu werden braucht, so werden die in ihr enthaltenen **lebenden** Milchsäurekeime als solche in den Körper miteingeführt und können, da sie auch den Magen ungeschädigt passieren, innerhalb der Verdauungshöhle ihre biologische, Krankheits-Keimen feindliche Wirksamkeit noch entfalten.

Die neue Buttermilch-Konserve wurde in dem Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin einer bakteriologischen und klinischen Prüfung unterworfen, über deren Ergebnisse Herr Dr. Wilh. Kassel in der „Berliner Klinischen Wochenschrift“ (1905, No. 29) berichtet. Die von ihm behandelten 26 Fälle betrafen Kinder mit gesundem oder nur leicht erkranktem Magendarmtraktus, aber erschöpfenden anderen Krankheiten und magendarmkranke Kinder. Dr. Kassel kam bei seinen Untersuchungen zu folgendem Ergebnis:

„Unser Urteil über das vorliegende Präparat können wir demnach dahin zusammenfassen, dass wir wesentliche Unterschiede gegenüber der frischen Buttermilch nicht finden konnten.

Eine grosse Anzahl von Kinderärzten hat inzwischen in der Anstalts- und Privatpraxis dieses Urteil über die neue Buttermilch-Konserve bestätigt gefunden, wie aus uns vorliegenden Mitteilungen hervorgeht: darnach nahmen die Kinder fast ausnahmslos die Lactoserve-Nahrung gern, und es wurden schnelle und erhebliche Gewichtszunahmen erzielt. U. a. wird in den Berichten darauf hingewiesen, dass die Ernährung mit Lactoserve namentlich auch bei der **habituellen Verstopfung** der Säuglinge sehr rasch eine normale Darmtätigkeit herbeiführe, und dass ein günstiger Einfluss des Präparates auf die oft mit der Verstopfung zusammenhängenden hartnäckigen Kinderekzeme unverkennbar sei.

Die **„Lactoserve“ kommt in Original-Blechdosen à 1/4 kg** in den **Handel (Preis** Mk. **1.20).**

Proben und Literatur stehen den Herren **Aerzten** kostenfrei zur Verfügung.

Es wäre daher für die allgemeine Verbreitung und Anwendbarkeit der Buttermilch-Therapie von grossem Wert, wenn man ein Dauerpräparat besässe, das überall und zu jeder Zeit die bequeme Bereitung einer Buttermilch-Nahrung von gleichmässiger und einwandfreier Beschaffenheit ermöglicht. Es ist nun Dr. L. Sarason gelungen ein solches Präparat, das alle Anforderungen in Bezug auf Qualität, Geschmack, Aussehen und Haltbarkeit befriedigt, darzustellen. Die neue Konserve wird von uns nach einem geschützten Verfahren bereitet und unter dem Namen „**Lactoserve**" in den Verkehr gebracht.

Zur Herstellung der „**Lactoserve**" wird pasteurisierte Milch (1 Teil Vollmilch und 2 Teile Magermilch), aus einwandfreien Ställen stammend und unter den nötigen Kontroll- und Vorsichtsmassregeln gewonnen, der Säuerung mittels Kulturen von Milchsäurebakterien unterworfen. Wenn ein bestimmter Säuregrad erreicht ist, wird die Milch im Vacuum bei einer Temperatur von ca. 50° C zur Trockne eingedampft. Der Trockenrückstand wird gemahlen und mit einem Zusatz von Zucker, Mehl und Pflanzeneiweis vermischt.

Die „**Lactoserve**" stellt ein angenehm säuerlich riechendes, weissliches Pulver dar, welches mit Wasser verrührt oder geschüttelt eine der frischen Buttermilch ähnliche, angenehm und erfrischend schmeckende Emulsion bildet.

Für die chemische Zusammensetzung der Lactoserve gibt die Analyse folgende Zahlen: Wasser 12%, Stickstoffsubstanz 22%, Fett 10%, Kohlenhydrate 46%, Asche 5% (darunter 0,7% Phosphorsäure), freie Säure (Milchsäure) 3%.

Die Vorzüge, welche die mit „Lactoserve" hergestellte Kindernahrung vor der frischen Buttermilch besitzt, sind folgende:

1) Die **stets gleichmässige Beschaffenheit.** Wie schon oben erwähnt, ist z. B. der Säuregehalt bei Buttermilchproben verschiedenen Ursprungs und verschiedenen Alters ein sehr schwankender

6 06. 100,000.

Weise könnte man die bei den alten Völkern so allgemein verbreitete Vorliebe für Bäder und Badeanstalten wieder in den breiteren Volksschichten aufleben lassen. E. Toff (Braila).

Poenaru-Caplescu (Bukarest), Zwei Fälle von Gefäßnaht. (Spitalul. 1907. Nr. 10.) Im Laufe zweier schwieriger chirurgischer Eingriffe geschah es, daß P.-C. einmal die Axillararterie und das andere Mal die Vena saphena interna in einer Ausdehnung von 20 bzw. 12 mm und in longitudinaler Richtung anschnitt. Die Gefäße wurden allsogleich mit Katgut genäht, darüber die Gefäßscheide ebenfalls mittels einiger Nähte vereinigt, und es konnte so vollkommene Heilung erzielt werden. Im ersteren Falle blieb der Radialpuls ununterbrochen gut fühlbar, und auch im zweiten Falle war keine Zirkulationsstörung zu bemerken. Die Gefäßnaht kann also heute als ein praktischer, leicht ausführbarer chirurgischer Eingriff angesehen werden.
E. Toff (Braila).

Jens Paulin (Däne), Über Tetanus neonatorum. (Ugeskrift for Läger. 1906. Nr. 29 u. 30.) Der Verf. veröffentlicht 7 Fälle, die alle tödlich verliefen, und gibt eine Übersicht über die Krankheit. Alle die Fälle traten im Verlaufe kurzer Zeit vorigen Jahres in einem bestimmten Stadtteil Kopenhagens auf; mehrere Wöchnerinnen hatten dieselbe Hebamme gehabt. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Aug. Hübschmann (Däne), Ein Fall von Tetanus neonatorum mit Antitoxin behandelt. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 11.) Der 13 Tage alte Knabe wurde sowohl mit großen Chloraldosen als mit Tetanusantitoxin behandelt. Die Besserung fing am 5. Tage an, nachdem er 250 I.-E. Antitoxin und 10 g Hydras chloraliens bekommen hatte. Er genas. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Otto Lendrop (Däne), Über Buttermilch für Säuglinge. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. Bd. V. Heft 3 u. 4.) Nach einem historischen Überblick der Buttermilchbehandlung gibt der Verf. eine Mitteilung über 48 Fälle von chronischem Magendarmkatarrh, Atrophie und akuter infektiöser Gastroenteritis, in welchen er die Buttermilchsuppe als Diätetikum angewandt hat. Er wendet bei Kindern in den ersten 3 Monaten Verdünnungen an. Er empfiehlt die Buttermilch bei Verdauungsstörungen der Säuglinge, wenn die gewöhnliche Behandlung (Hungerdiät und langsam steigende Milchgemische) nicht Erfolg hat. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 11. April 1907.

Neurath demonstriert einen Fall von **Mongolismus**, der in einzelnen Symptomen an Myxödem erinnert. Neben den typischen Zeichen des Mongolismus (Schlitzaugen, schlaffe Gelenke, Neigung zu Obstipation, Nabelhernie) zeigt das Kind polsterartige Beschaffenheit der Haut, große Zunge, subnormale Temperaturen. Letztere Symptome will N. als Folgeerscheinungen einer im demonstrierten Fall supponierten ungenügenden Schilddrüsenfunktion ansehen.

Knöpfelmacher spricht sich dahin aus, daß der vorliegende Fall einfacher Mongolismus sei, die angeführten myxödematösen Symptome können mit dieser Diagnose völlig erklärt werden. Hochsinger, Friedjung und Swoboda setzen sich für die Diagnose des Vortr. ein.

Schüller demonstriert ein 12monatiges Kind (Mädchen) mit **Mikromelie.** Körperlänge beträgt nur 57 cm, die Extremitäten sind kurz und plump. Die Finger kurz und fast gleich lang. Die Intelligenz des Kindes ist normal.

Sch. weist auf die günstige Prognose solcher Fälle hin, nur die weiblichen Individuen seien durch die Gefahr des engen Beckens bedroht.

Therapeutisch will Sch. Hypophysentabletten versuchen.

Ullmann stellt ein 13jähriges Mädchen mit **Sklerodermie en plaques** vor; die Erscheinungen bestehen seit $^3/_4$ Jahren. Am Stamme finden sich teils ovale, teils mehr unregelmäßig begrenzte Flecke von rosenroter oder leicht bläulicher Farbe. Einzelne zeigen derbe gelbliche Infiltrate, welche mit der Haut verschieblich sind.

Als seltene Komplikation der Sklerodermie findet sich stellenweise Ergrauen der Kopfhaare.

Therapeutisch wird Fibrolysinbehandlung angewendet.

Goldreich demonstriert ein 4jähriges Mädchen mit **Störung in der Entwickelung der Milchzähne.** Der Oberkiefer trägt vier weit voneinander abstehende Zähne, die wie Eckzähne aussehen, und zwei Mahlzähne. Der mittlere Anteil des Unterkiefers ist zahnlos.

Um diese Zeit pflegt sonst das Milchgebiß schon vollkommen zu sein.

Da das Kind an Ozäna leidet und eine Sattelnase zeigt, ist die Vermutung berechtigt, die Erkrankung mit **Lues** in Zusammenhang zu bringen.

Hochsinger zeigt Röntgenphotographien eines Falles von **Mesokardie mit Herzhypertrophie.** An Herzbeschwerden bestand Herzklopfen und Druckgefühl auf der Brust. Röntgenuntersuchung und Perkussion ergibt, daß das hypertrophische Herz medial gestellt hinter dem Sternum liegt. Ein großer Anteil des Herzens liegt in der rechten Thoraxhälfte.

Am Herzen waren keine Geräusche zu hören.

H. demonstriert weiter Röntgenplatten von Fällen einfacher Hypertrophie, die er als angeborene Störung auffaßt und auf fötale Zirkulationsstörungen zurückführt. Bei diesen Fällen fehlten subjektive Symptome, ebenso Stauungserscheinungen und Geräusche.

Zuppinger spricht über **Therapie der Larynxpapillome.** Die Papillome des Larynx stellen die wichtigste Kehlkopfgeschwulst dar und sind klinisch charakterisiert durch Erscheinungen von chronischer **Stenose** und **Aphonie.**

Durch rasches Wachstum der Papillome kann es zur völligen Verlegung des Kehlkopfes und damit zur Erstickung kommen.

Die bisher bekannten Operationsmethoden verhüten nicht mit Sicherheit ein Rezidiv der Erkrankung.

Z. verwirft in Übereinstimmung mit Harmer die Laryngotomie oder Laryngofissur mit nachfolgender Exstirpation der Papillome wegen der Schwere eines solchen Eingriffes.

Die zweite Methode besteht in Tracheotomie und längeres Tragen der Kanüle, von der Tatsache ausgehend, daß die Geschwülste sich gerne spontan zurückbilden, wenn sie vom Luftstrome ausgeschaltet werden.

Z. will diese Operation nur dann ausgeführt wissen, wenn bei bestehender Larynxstenose die Intubation unmöglich ist, oder die Erstickungsgefahr dadurch nicht beseitigt wird.

Im späteren Alter kommt mehr die endolaryngeale Entfernung der Geschwulst in Betracht, sie kann aber nur von Spezialisten ausgeführt werden.

Als Ersatz empfiehlt Z. bei Unmöglichkeit der Heranziehung eines Spezialisten das sogenannte Lörische Verfahren. Die Methode ist so einfach und ungefährlich, daß sie auch von Nichtspezialisten ausgeführt werden kann. Sie besteht in der Anwendung des Lörischen Katheters. Dieser ist ein gekrümmter Metallkatheter mit einem dem Alter des Kindes entsprechenden Lumen, an beiden Enden offen, so daß das Kind während der Anwendung desselben atmen kann. Der Rand der vorderen Öffnung ist behufs Vermeidung von Verletzungen abgestumpft und eingebogen. Darüber befinden sich vier ca. 1 cm lange, spitzovale Fenster mit scharfgeschliffenen Rändern; in diesen verfangen sich die Papillome und werden bei Bewegung des Instrumentes abgeschnitten.

Hat man mit der Spitze des Katheters die Stimmritze passiert, so schiebt man ihn einige Male auf und ab und dreht ihn. Die Papillome fallen ins Lumen des Katheters und werden mit diesem entfernt, die in die Trachea gefallenen werden ausgehustet.

Die Einführung des Instrumentes ist für denjenigen leichter, der die Intubation beherrscht.

In der Diskussion betont Panzer, daß die endolaryngeale Operation sicher die idealste Behandlung darstelle, da sie unter Kontrolle des Auges erfolge. Das Lörische Verfahren soll eben nur als Notverfahren in Betracht kommen.

Sitzung vom 16. Mai 1907.

Hecht zeigt ein $4^1/_2$jähriges Kind mit punktförmigen und größerfleckigen Hautblutungen an den Extremitäten bei **Pertussis**. Da sonst bei dieser Erkrankung Blutungen — durch Stauung bedingt — hauptsächlich an der Brust und an der Conjunctiva bulbi auftreten, muß man zur Erklärung der Blutaustritte eine hämorrhagische Diathese heranziehen. Im vorliegenden Falle entstanden sie 4 Wochen nach Beginn der Pertussis.

Swoboda demonstriert ein 11 jähriges Kind mit **angeborenem Herzfehler.** Patient wird bei schnellem Gehen kurzatmig, bei Anstrengung cyanotisch. Interessant ist die bei Herzkranken häufig zu findende leichte Erregbarkeit des Patienten. Patient weint außerordentlich leicht und läßt sich schwer beruhigen.

An objektiven Symptomen bestehen schöne Trommelschlägelfinger. Wie das Röntgenbild zeigt, sind an deren Bildung auch die Knochen beteiligt.

Das Herz ist verbreitert, über demselben ist ein systolisches Geräusch mit dem Punctum maximun im 2. Interkostalraum links zu hören.

Außerdem zeigt Patient Zeichen von Lungentuberkulose, ein Beweis, daß Herzfehler und Tuberkulose sich nicht ausschließen. Endlich findet man beim Patienten Hemeralopie und Xerosis triangularis corneae.

Auch am Augenhintergrunde läßt sich die Stauung erkennen. Die Venen sind bis auf das Doppelte erweitert.

S. zeigt weiter ein 4jähriges Kind mit **Nephritis im Anschlusse an Teersalbenbehandlung am Kopfe.**

Wegen Ekzems bekam Patient eine $3^0/_0$ige Salbe von Ol. cadinum. Wenige Stunden danach traten allgemeine Ödeme auf, im Harn fanden sich Eiweiß, Zylinder verschiedener Gattung. Vortr. berechnet die verwendete Menge von Ol. cadinum auf höchstens $^1/_2$ g. Der Fall beweist, wie man mit Anwendung von Teersalben bei Kindern vorsichtig sein muß.

Escherich wirft die Frage auf, ob im demonstrierten Falle die Nephritis nicht etwa durch Infektion von der Hautwunde zu erklären sei, wie ja z. B. auch bei Impetigo Nephritis bekannt sei.

Swoboda erwidert, daß man diese Möglichkeit nicht ausschließen könne, nach der ganzen Entwicklung sei eine solche Annahme unwahrscheinlich.

Schlesinger erinnert sich an zwei Fälle von Nephritis nach Anwendung von β-Naphthol, beide kamen zur Obduktion.

Swoboda sah Auftreten von Nephritis nach Inhalation von Terpentindämpfen.



Wasservogel zeigt einen Knaben mit beiderseitiger **Hemiatrophia faciei.** Die Erkrankung dauert nun 2 Jahre. Während die übrige Muskulatur kräftig entwickelt ist, erscheint das Gesicht eigentümlich eingefallen, die Haut des Gesichts ist verdünnt, der Panniculus adiposus geschwunden. Elektrizität und Massage haben sich erfolglos erwiesen. Therapeutisch kommt nunmehr nur Paraffininjektion in Betracht.

Knöpfelmacher zeigt ein **anatomisches Präparat von Verlegung der Trachea durch eine Bronchialdrüse.** Das $2^1/_2$jährige Kind bekam am 8. Tage einer Diphtherieerkrankung (Pharynx und Larynx) einen Anfall von Trachealstenose. Trotz Tracheotomie keine Besserung. Die rechte Lunge atmete fast gar nicht. Die Obduktion ergab, daß der rechte Bronchus ganz und die Trachea zum Teil durch eine verkäste Bronchialdrüse verlegt war.

Baumgarten stellt ein Kind mit **Hemiatrophia linguae** vor. Die durch periphere Hypoglossuslähmung bedingte Erkrankung entstand im Anschlusse an eine an den Halslymphdrüsen vorgenommene Operation.

Schick hielt einen Vortrag über **Die physiologische Nagellinie des Säuglings.**

Bisher hat man Nagelveränderungen nur bei Lues besondere Aufmerksamkeit geschenkt; fast in allen Fällen handelte es sich hierbei um entzündliche Vorgänge (Paronychie).

Über nichtentzündliche Nagelveränderungen bei Säuglingen in Form von Querlinien sind drei Beispiele bekannt (Fürst, Leopold, Heller). Ihre Entstehung wird auf Magen-Darmkatarrhe bezw. auf Lues bezogen.

Vortr. beobachtete diese Linie als physiologische Erscheinung bei ganz gesunden Kindern in einem bestimmten Alter.

Um den Beginn der 5. Lebenswoche, häufiger gegen Ende derselben, erscheint bald früher am Daumen, bald früher an den Fingern eine wallartige Linie, die um den 60. Tag die Mitte des Nagels, um den 90. Tag den freien Rand desselben erreicht. Vortr. gibt Zahlen über fortlaufende Messungen an einem Kinde und Messungen an verschiedenen Kindern und berechnet daraus Durchschnittswerte, die, wie alle Längenmaße, nicht als fixe Zahlen gelten dürfen.

Mit Berücksichtigung individueller Schwankungen hat die physiologische Nagellinie eine gewisse Bedeutung als Altersmaß und ist auch forensisch verwertbar.

Die Ursache der Nagellinienbildung sieht Vortr. in der Schädigung des Organismus durch den Übergang vom intra- zum extrauterinen Leben. Als analoge Störungen sind bis jetzt die physiologische Körpergewichtsabnahme in der ersten Woche und die physiologische Desquamation bekannt.

Die vorübergehende Störung der gleichmäßigen Nagelbildung wird deswegen erst 4—5 Wochen nach Einwirkung der Ursache sichtbar, weil ein Teil des Nagels durch den Nagelwall gedeckt wird.

Swoboda sah bei Lues das Auftreten zweier Nagellinien.

Escherich hebt hervor, daß es mit Rücksicht auf die Ursache der physiologischen Nagellinie interessant wäre festzustellen, ob bei ausreichender Ernährung in der ersten Lebenswoche ebenfalls eine Nagellinie auftritt und ob sie auch bei Frühgeborenen zu beobachten ist. Eine Analogie pathologischer Nagelfurchen bilden die Furchen am Zahnschmelz bei Lues und Tuberkulose.

B. Schick (Wien).

Hufelandsche Gesellschaft in Berlin.

(Nach Berliner klin. Wochenschr.)

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Posner: **Die angeborene Striktur der Harnröhre.**[1])

Diskussion.

Frank: Wenn Sie mir gestatten, eine Bemerkung zu dem interessanten Fall des Kollegen **Posner** zu machen, so freue ich mich, über eine ganz ähn-

---

[1]) Der Vortrag ist unter den Referaten dieser Nummer mitgeteilt.

liche Beobachtung zu verfügen, die in einigen Beziehungen ganz analog den Fällen von Churchman und von Posner ist, in anderen Punkten sich davon unterscheidet, speziell auch in bezug auf die Ätiologie.

Der Fall, den ich beobachten konnte, betraf einen kleinen Jungen von 12 Jahren, der mir von einem Kollegen aus Lichterfelde zugeschickt wurde, weil seit Jahren eine Enuresis nocturna bestand, die bisher vergeblich mit den üblichen Mitteln behandelt worden war. Der Junge hatte eine außerordentlich stark ausgebildete Phimose und bot das bekannte Bild, wobei nur eine stecknadelkopfgroße Öffnung in der Vorhaut sich befindet. Abgesehen von der Enuresis als solcher wurde noch ein Symptom angegeben: Wenn nämlich der Junge einmal nachts das Bett nicht naß machte und durchschlief, so hatte er am anderen Morgen ganz außerordentliche Schwierigkeiten, zu urinieren. Das wurde allmählich gemerkt, und seitdem der Junge dann nachts ein- bis zweimal geweckt und aufgefordert wurde, Urin zu lassen, fielen diese Beschwerden am anderen Morgen fort.

Es hatten sich besonders in den letzten Jahren auch hier, während das in der früheren Kindheit weniger hervorgetreten war, große Schwierigkeiten beim Wasserlassen herausgebildet. Der Junge urinierte in der gebückten Haltung eines alten Prostatikers. Er hatte große Schmerzen, große Beschwerden, die eben besonders, wenn der Urin längere Zeit zurückgehalten war, außerordentlich stark auftraten. Der Urin wurde in sehr dünnem Strahle, zuweilen nur tropfenweise entleert. Kurz und gut, alles das deutete auf eine Striktur hin.

Ätiologisch konnte ich zunächst gar nichts eruieren. Es kam gewöhnlich eine alte Großmutter oder die Mutter mit, die gar nichts angeben konnten. Eine gonorrhoische Infektion war auch hier absolut ausgeschlossen. Ich spaltete zunächst die Phimose und machte eine Zircumzision. Nun fand ich ein kleines punktförmiges Orificium. Auch dieses spaltete ich und konnte ganz gut mit einem entsprechenden Urethroskop-Tubus in die Urethra hineinkommen. Es fand sich in der Urethra und zwar merkwürdigerweise ziemlich im mittleren Drittel, also etwas weiter oberhalb der Stelle, an der die angeborenen verengernden Klappen gewöhnlich sitzen, eine durchaus ringförmige bindegewebige Partie, die ganz charakteristisch die Veränderungen zeigte, wie man sie bei leichten traumatischen Strikturen sieht, während diffuse, über die ganze Harnröhrenschleimhaut verbreitete Veränderungen, wie man sie bei gonorrhoischen oder bakteriellen Infektionen sieht, gänzlich fehlten.

Da mir das sehr auffiel, ließ ich mir den Vater des Jungen kommen, und der erinnerte sich dann dunkel, der Junge hätte doch Infektionskrankheiten durchgemacht, 8 Jahre zuvor Diphtheritis, 6 Jahre zuvor Scarlatina, und der Vater erinnerte sich auch weiter, daß der Urin blutig gewesen wäre.

Es gelang mir, den Kollegen ausfindig zu machen, der damals Hausarzt der Familie gewesen war, und der berichtete mir nun, daß er in der Tat bei dem Jungen im Verlaufe der Scarlatina, die derselbe 6 Jahre vorher durchgemacht hatte, eine heftige typische Hämaturie beobachtet hatte, die er sich nicht erklären konnte. Es waren damals auch Stückchen von Blut abgegangen. Das hatte ziemlich kurze Zeit gedauert, hörte spontan ohne jede Behandlung auf und trat nie wieder auf.

Eine Infektion der Harnröhre war nie vorhanden, der Urin immer klar gewesen und war klar, und ich stehe nicht an, anzunehmen, daß es sich zweifellos um Veränderungen gehandelt haben muß, die im Verlaufe des Scharlach aufgetreten sind, der ja bekanntlich auch sonst an Schleimhäuten, z. B. am Trommelfell bindegewebige Veränderungen macht.

Die kystoskopische Untersuchung ergab eine außerordentlich weite Balkenblase, die durchaus dem Alter des Jungen nicht entsprach, als Resultat des länger bestehenden peripheren Hindernisses.

Bekanntlich hat zuerst Getz in Baltimore im Jahre 1894 die Theorie aufgestellt, daß es sich bei solchen Individuen um einen angeborenen pathologischen Zustand von Harnröhrenengigkeit handele, auf dessen Basis dann die normale Harnröhre nicht schädigende Momente, wie Durchfließen pathologischen Urines, Masturbation u. ä. zu Strikturen führe.

In dem von mir beobachteten Falle wird meiner Ansicht nach der Scarlatina doch eine wesentliche Rolle eingeräumt werden müssen. Es hat, so viel ich

weiß, in Deutschland zuerst **Marchand** beim Typhus darauf hingewiesen, daß man nicht so selten bei Leichen von Typhuskranken, bei denen Gonorrhöe ausgeschlossen werden konnte, auch längere Zeit nachher eigentümliche Schleimhautveränderungen in der Harnröhre fand. Es ist dann wiederholt von französischer Seite darauf hingewiesen worden, daß bei schweren akuten Infektionskrankheiten an der Schleimhaut der Harnröhre Veränderungen, besonders auch Strikturen sich einstellten. Ich verfüge auch dazu noch über einen zweiten derartigen Fall, den ich vor einigen Wochen zu beobachten Gelegenheit hatte. Da handelte es sich um einen allerdings erwachsenen und verheirateten Mann, bei dem eine gonorrhoische Infektion mit aller in solchen Fällen möglichen Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Der Mann hatte erhebliche Strikturbeschwerden, hatte auch an Hämaturie gelitten, und es fanden sich drei ganz außerordentlich harte fibröse Ringe in seiner Harnröhre, die urethroskopisch außerordentlich auffällig zu sehen waren, und auch hier waren die übrigen Teile der Harnröhre relativ gar nicht pathologisch verändert. Dieser Mann hatte, ich glaube 6 oder 7 Jahre vorher — es war in der Zeit der heftigen Influenzaepidemie des Jahres 1891 gewesen — eine außerordentlich heftige Influenza durchgemacht mit einem eitrigen Erguß in das Kniegelenk, und der Mann hatte beobachtet, daß, während er damals mit hohem Fieber im Bett lag, ein eitriger Ausfluß auftrat. Er war damals sehr entrüstet, als sein Hausarzt, dem er das mitteilte, bemerkte, dann würde er sich doch wohl vorher einmal infiziert haben. Er behauptete, das wäre nie der Fall gewesen. Er habe seit der Verheiratung nie extramatrimoniell verkehrt. Allmählich seien die Beschwerden beim Urinieren aufgetreten. Ich nahm damals keinen Anstand, die Influenza als ätiologisches Moment anzusehen. Solche und ähnliche Befunde sind dann auch weiter von französischen Autoren in den letzten Jahren wiederholt bestätigt worden.

Es wird sich also in solchen Fällen von Strikturen bei sehr jungen Individuen und auf nicht gonorrhoischer Basis immerhin fragen, ob und welche Bedeutung dabei schwerere akute Infektionen, in erster Linie Typhus, Scarlatina, Influenza, Cholera und Diphtherie haben.

Mankiewicz: M. H.! Ich habe Ihnen über einen Fall zu berichten, der sich von dem vorgetragenen Fall unterscheidet.

Im Anfang vorigen Jahres kam ein 26jähriger kräftiger Arbeiter zu mir mit folgender Klage: Er wäre seit 4 Jahren verheiratet, habe vor seiner Verheiratung niemals geschlechtlich verkehrt, seine Frau bekäme keine Kinder, und zwar führte er das darauf zurück, daß er bei dem Coitus keine richtige Ejakulation hätte. Er hätte die Empfindung, als wenn ein Strom warmer Flüssigkeit sich nach hinten ergösse und nach vorn nur wenige Tropfen Flüssigkeit kämen. Außerdem hätte er seit 5—6 Jahren häufiger Enuresis, während er sich nicht erinnern könne, jemals als Kind früher daran gelitten zu haben.

Die Blase stand nicht sehr hoch. Ich forderte den Patienten auf, erst die Blase zu entleeren, und untersuchte dann mit der gewöhnlichen Knopfbougie. Sie ging ganz glatt hinein. Es war Charrière Nr. 18 oder 20. Wie ich sie wieder herausziehen wollte, blieb ich im Bulbus stecken, und es erforderte eine recht erhebliche Kraftanstrengung, diese Knopfbougie wieder herauszubekommen. Sie blieb, als wenn sie von einem festen Ring gehalten wäre, im Bulbus stecken.

Nun kennen Sie den Grundsatz von **Guyon**: Eine Striktur ist erst dann diagnostiziert, wenn man sie passiert hat. Es war nach dem Befunde also ganz klar, daß sich hier eine Striktur fand, und zwar eine Striktur, welche der Einführung eines Instrumentes keinen Widerstand entgegensetzte, aber dem Herausziehen des knopfförmigen Instrumentes Widerstand bereitete.

Leider habe ich damals die Urethroskopie nicht ausführen können. Unsere früheren Instrumente waren ja auch nicht sehr tauglich zu diesen Sachen. Erst seit Kollege **Goldschmidt** so vortreffliche Instrumente angegeben hat, kann man wirklich gute Bilder erreichen.

Ich schlug dem Mann vor, die Urethrotomia interna zu machen. Er wollte sich aber darauf nicht einlassen und bat mich, ich sollte ihm die Sache erweitern, und es ging auch. Es dauerte ziemlich lange, ungefähr 8 Wochen. Ich bin aber schließlich auf die Nummer 28 gekommen, und die Beschwerden hörten auf. Auch die Enuresis verschwand schon nach ganz kurzer Zeit. Das Kystoskop zeigte eine stark entwickelte Balkenblase.

Ich glaube, berechtigt zu sein, trotzdem ich ein urethroskopisches Bild dieser Verengerung nicht gehabt habe, diese Striktur, die sich im Bulbus fand — der Patient leugnet, jemals vor seiner Verheiratung geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben und leugnet jede Infektion —, als eine kongenitale Striktur anzusehen.

Posner (Schlußwort): Es war mir sehr interessant, von Frank das bestätigt zu hören, was ich kurz andeutete, daß in der Tat Infektionskrankheiten imstande sind, Urethritiden hervorzurufen, die dann ihrerseits zu Strikturen führen können. Wenn ich das in meinem Falle für unwahrscheinlich gehalten habe, so liegt das daran, daß aus der Zeit des Scharlach und aus der unmittelbar nachfolgenden Zeit absolut nicht das mindeste, — wir haben auf diesen Punkt speziell geachtet — über irgend eine Affektion des Urogenital-Apparates erwähnt worden ist. Jedenfalls wird man in Zukunft allen diesen Verhältnissen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden müssen, und ich freue mich, daß meine Mitteilung auch Mankwiewicz veranlaßt hat, einschlägiges Material beizubringen.

IV. Neue Bücher.

Monti. **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin.

M.s Einzeldarstellungen der Kinderheilkunde haben wir so oft auf ihre Vorzüge hin, auf ihren Wert für den Pädiater und praktischen Arzt an dieser Stelle gebührend gewürdigt, daß es wohl genügt, das Erscheinen neuer Hefte einfach anzuzeigen. Uns liegt jetzt Heft 26 vor, welches das „Wachstum des Kindes“ behandelt und neue Erfahrungen und Beobachtungen über dies Thema bringt. Auch dies neue Heft (Preis 1 Mk.) wird den Leser lebhaft interessieren.

Grätzer.

B. Bendix. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** 5. Auflage. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin. Preis: Mk. 12.

Das Lehrbuch von B. hat sehr rasch Eingang in die Kreise der prakt. Ärzte und Studierenden gefunden. Das beweist schon die ungemein rasche Aufeinanderfolge der einzelnen Auflagen. Trotz der Kürze dieser Fristen baut der Verf. sein Werk immer weiter aus, bringt die Resultate der letzten wissenschaftlichen Forschungen, ergänzt Lücken, nimmt Verbesserungen vor. In der neuesten Auflage ist auch die Zahl der Abbildungen wesentlich vermehrt. Das Buch bedarf keiner besonderen Empfehlung mehr; es ist bekannt genug mit allen seinen Vorzügen und wird sicher sich einen immer größeren Freundeskreis erwerben.

Grätzer.

Havelock Ellis. **Geschlechtstrieb und Schamgefühl.** 3. Auflage. Würzburg. A. Stubers Verlag. Preis: Mk. 5.

E.s Werk hat bei seinem ersten Erscheinen sofort hohes Interesse erregt. Der wissenschaftliche Ernst, der über dem Buche liegt, der ungemeine Fleiß, mit dem der Autor alles zusammengetragen hat, was auf das Thema sich bezieht, die bedeutsamen Mitteilungen, die mannigfachen Anregungen, die der Leser empfängt, alles das ist genügend anerkannt worden und hat dem Werke weite Verbreitung verschafft. In der 3. Auflage ist der Autor bemüht gewesen, den Stoff bis auf die neueste Zeit zu vervollständigen und vieles zu verbessern. Auch diese Auflage wird dankbare Leser finden.

Grätzer.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** 3. Auflage. Fischers med. Buchhandlung. H. Kornfeld, Berlin. Preis: Mk. 3.

Das kleine Buch ist in ungemein rascher Aufeinanderfolge zum 3. Male erschienen, ein Erfolg, welcher zeigt, daß ein solches Taschenbuch einem Bedürfnisse entsprochen hat und daß es so abgefaßt ist, wie es die Praxis erfordert. Die günstige Prognose, die wir ihm bei seinem ersten Erscheinen gestellt, war

richtig, und es bleibt uns heute nur übrig, dem Büchlein weiteren gleichen Erfolg zu wünschen, wie es ihn bisher gehabt hat. Grätzer.

P. Bade. **Die angeborene Hüftgelenksverrenkung.** Stuttgart, F. Enke. Preis: Mk. 12.

B. hat dem Thema ein umfangreiches Spezialwerk gewidmet und es mit ungemeinem Fleiß, eine kolossale Literatur benutzend — dieselbe ist am Ende des Buches registriert — bearbeitet. Nicht nur der Pädiater und Orthopäde, sondern auch der prakt. Arzt wird dem Verfasser dafür dankbar sein. Der Praktiker wird besonderen Nutzen haben von der Lektüre der Abschnitte „Diagnose“ und „Differentialdiagnose“, die mit besonderer Ausführlichkeit bearbeitet sind, damit gerade der prakt. Arzt hier auf alle einschlägigen Fragen die genügende Antwort verzeichnet findet. Aber auch alle anderen Kapitel sind so klar und erschöpfend, so übersichtlich und eingehend geschildert, daß jeder Leser seine Freude daran haben und mit großem Interesse den Auseinandersetzungen folgen wird. 189 Abbildungen im Text tragen wesentlich zum Verständnisse der letzteren bei und verleihen dem Werke, welches eine wirkliche Bereicherung unserer Literatur bedeutet, einen erhöhten Wert. Grätzer.

Rotsch. **Pediatrics. The Hygienic and medical Treatment of Children.** Fifth Edition. Philadelphia and London, J. B. Lippincott Companie. Preis: Mk. 25.

Ein ausgezeichnetes Lehrbuch, ausgezeichnet durch seinen Text, wie durch die zahlreichen, prachtvoll ausgeführten und äußerst instruktiven Abbildungen, welche das Werk zieren. Selbst der erfahrene Pädiater wird sehr viel Neues bei dem Studium des Buches erfahren und mannigfache Anregungen erhalten. Die Ausstattung ist eine wahrhaft splendide. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Alsberg, P., Über Lues hereditaria (Leipzig). — **Bartsch, H.**, Ein Fall von hochgradiger Mißbildung an den weiblichen Sexualorganen (Freiburg). — **Dessauer, A.**, Über Sinusthrombose bei Scharlach und Masern (München). — **Favre, H.**, Ein Beitrag zur Kenntnis und forensischen Würdigung der Geburtsverletzungen des kindlichen Kopfes (Königsberg). — **Hering, W.**, Ein Beitrag zur Kasuistik der kongenitalen Kontrakturen des Kniegelenks in Streck- und Beugestellung (Halle). — **Hochsinger, O.**, Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen tierischer und menschlicher Tuberkulose (Gießen). — **Lange, P.**, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Mongolismus (Leipzig). — **Löwenstein, A.**, Ein Fall von kongenitaler Kiemengangszyste (München). — **Lonicer, M.**, Über Riesenzellbildung in der Leber bei Lues congenita (Erlangen). — **Lubowski, P.**, Zur Kenntnis des Verlaufs der Tuberkulose im Kindesalter (Berlin). — **Nishimura. Y.**, Über Schenkelhalsfrakturen beim kindlichen Alter, mit besonderer Rücksicht auf deren Entstehungsmechanismus (München). — **Obermeyer, L.**, Ein Fall von angeborener Duodenalstenose; ein Beitrag zur Kasuistik der kongenitalen Darmokklusionen (Erlangen). — **Philipp, P. W.**, Über Krebsbildungen im Kindesalter (München). — **Reichsthaler, M.**, Über einen Fall von Doppelmißbildung: Thoracopagus tetrabrachius (Leipzig). — **Sack, N.**, Über das operative Verfahren bei der Atresia ani congenita (Freiburg). — **Stern, E.**, Über die Versorgung des Nabelschnurrestes beim Neugeborenen (Freiburg). — **Welde, E.**, Ein Beitrag zum Wesen und der Behandlung von Magendarmerkrankungen im Säuglingsalter (Leipzig). — **Wettwer, E.**, Ein Fall von kongenitaler Choledochuszyste (Göttingen). — **Widder, H.**, Erfahrungen aus einer Varioloisepidemie (Erlangen). — **Yudice, F.**, Statistische Erhebungen über die Häufigkeit des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl (Berlin). — **Zadik, A.**, Drei Fälle von progressiver Paralyse im juvenilen Alter (Leipzig).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Jena), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. NETTER (Pforzheim), Dr. PRÜSSIAN (Wiesbaden), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
Friedenau-Berlin.

XII. Jahrgang. September 1907. Nr. 9.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Monats-Chronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. September 1907. No. 9.

I. Originalbeiträge.

(Aus dem Ambulatorium für Kinderkrankheiten von Dr. Fromm, München.)

Pylorospasmus oder Pylorusstenose?

Kasuistischer Beitrag

von

Dr. **H. Nothmann.**

Seitdem Hirschsprung im Jahre 1887 vor der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wiesbaden eine erste Mitteilung über zwei von ihm beobachtete Fälle von habituellem Erbrechen mit scheinbarer Obstipation und hochgradiger Atrophie gemacht hatte, einen Symptomenkomplex, den er als „Stenosis pylori congenita" bezeichnete und durch eine organische Verengerung des Magenpförtners bedingt ansah, sind in der Literatur eine große Reihe ähnlicher Beobachtungen niedergelegt. Pfaundler (1) schätzt ihre Zahl im Jahre 1906 bereits auf ca. 200. Seitdem sind — erst in jüngster Zeit von Bloch (2) und Ludwig F. Meyer (3) — noch weitere Mitteilungen erschienen. Mit den Publikationen haben sich aber auch die Ansichten über dieses Leiden in gleicher Weise vermehrt. Einigkeit herrscht fast nur über das Symptomenbild, das auf Grund der vielen Einzelbeobachtungen ein scharf umschriebenes ist. Einige Tage oder Wochen, selten unmittelbar nach der Geburt fangen die bis dahin gesunden und gut gediehenen Kinder zu brechen an, zuerst seltener, dann fast nach jeder Mahlzeit, unmittelbar oder $^1/_2$ bis 3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme. Das Erbrechen, häufig voluminöser als eine Einzelmahlzeit, was auf eine motorische Insuffizienz des Magens schließen läßt, besteht aus Nahrungsbestandteilen in verschiedenen Stadien der Verdauung, Schleim und Eiter in wechselnder Menge, ist in vielen Fällen von erhöhter Gesamtazidität, die auf flüchtige Fettsäuren, Milchsäure zurückzuführen ist, in einzelnen auch von gesteigertem Gehalt an freier HCl. Als Folge des unstillbaren Erbrechens stellt sich Stuhlmangel ein; wenn Stuhl kommt, ist er spärlich, und in schweren Fällen ein reiner Hungerstuhl. Die Diurese sinkt; der Urin enthält Azeton, Azetessigsäure und, wie ich in einem neuerdings beobachteten schweren Falle feststellen konnte, zeitweilig auch kleine Mengen von Albumen. Der Ernährungszustand verschlechtert sich, manchmal bis zu extremen Graden der Abmagerung.

Am Abdomen, das in seinem unteren Teile eingesunken, in der Magengegend „ballonartig“ aufgetrieben ist, sieht man Hyperkinese des Magens in den verschiedensten Formen. In der Minderzahl der Fälle ist ein „palpabler Pylorustumor“ (Finkelstein) vorhanden. Manchmal auch ein Volumen ventriculi auctum als Ausdruck einer Hypotonie, Magenüberdehnung oder auch einer wahren Gastrektasie. Diese Symptome finden sich in wechselnder Kombination und verschiedener Stärke in allen Fällen unseres Leidens. Was für eine Veränderung am Magen liegt ihm zugrunde?

Während Hirschsprung die Ansicht vertrat, daß das Leiden eine organische, durch angeborene Hypertrophie der Pyloruswandungen, besonders der Muskelschichten gegebene Grundlage habe, tauchte im Jahre 1897 die Meinung auf, daß es sich um eine funktionelle Erkrankung, um einen durch den Reiz der Nahrungsaufnahme zustande gebrachten Spasmus handle (Thomsen). Pfaundler (4) unternahm es dann, aus den bisher vorliegenden Beobachtungen zwei angeblich ziemlich scharf getrennte Typen auszuschälen: die prognostisch ungünstigere, hypertrophische Pylorusstenose und den leichteren funktionellen Pylorospasmus. Diesem vermittelnden Standpunkte stehen aber bis in die letzte Zeit Forscher gegenüber, welche mit Nachdruck für die organische oder die spastische Natur des Leidens eintreten. Ibrahim (5) bringt in seiner großen Monographie Sektionsbefunde bei, welche beweisen sollen, daß die überwiegende Mehrzahl aller einschlägigen Erkrankungen durch eine echte Stenose bedingt sei. Ihm schließt sich Bloch in seiner vorerwähnten Arbeit an. Dem gegenüber sagt Heubner (6): „Der Ausgang in Heilung, der sich in den meisten Fällen vollzieht, widerlegt schon die Annahme einer organischen Pylorusstenose. Vielmehr legt er die Annahme einer funktionellen, krampfhaften Verengerung nahe, die man sich etwa in reflektorischer Weise entstehend denken kann.“ In gleicher Weise äußert er sich in seinem auf der Naturforscherversammlung zu Stuttgart 1906 gehaltenen Vortrag über Pylorospasmus (7). Gestützt auf ca. 50 Fälle eigener Beobachtung glaubt er, das Primäre in einem wahrscheinlich von Geburt an bestehenden, durch Familiendisposition begünstigten Krampf der Magenmuskulatur erblicken zu können, die Muskelhypertrophie, die sich auf den gesamten Fundusteil erstreckt, als sekundäre Arbeitshypertrophie auffassen zu dürfen.

Eine ähnliche Meinungsdifferenz, wie über die Pathogenese der Krankheit, herrscht über ihre Behandlung. Während sie in den ersten Jahren eine interne, auf Beseitigung des Spasmus und Hebung des Ernährungszustandes gerichtete, medikamentöse, physikalische und diätetische war, bemächtigten sich im Jahre 1897 die Chirurgen der kleinen Patienten. Es ist von vornherein einleuchtend, daß ein so schwerer Eingriff wie die Laparatomie bei so heruntergekommenen Kindern in den ersten Lebensmonaten keine glänzenden Erfolge aufweisen kann. So berechnet Pfaundler (1) aus den vorliegenden Publikationen eine Letalitätsziffer von 52%. Es scheint daher in neuerer Zeit die chirurgische Behandlung unseres Leidens wieder ziemlich verlassen zu sein. Wenigstens befassen sich alle neueren Veröffentlichungen nur mit der internen Behandlung, in der Haupt-

sache der Ernährungstherapie. Über einen Punkt in dieser Frage herrscht eine löbliche Einigkeit: daß nämlich für den pyloruskranken Säugling die natürliche Ernährung an der Mutterbrust diejenige darstellt, unter der eine Besserung des Allgemeinbefindens am sichersten zu erwarten ist. Ihre Durchführung wird von der Tatsache begünstigt, daß, wie einstimmig angegeben wird, mehr als die Hälfte der Erkrankungen Brustkinder betrifft. Für diejenigen Fälle aber, in denen ein Ersatz dieser Idealernährung beschafft werden muß, werden fast sämtliche von der modernen Pädiatrie erfundenen Ernährungsarten empfohlen: gelabte Vollmilch, Backhaussche Trypsinmilch, beide eisgekühlt (Ibrahim [5]), Milchreisschleimmischungen, Rahmgemenge (Bendix), Malzsuppe (Köppen), Buttermilch (Bloch (2), Ibrahim [5]). Bei diesen Empfehlungen ließen sich die Autoren von dem Gesichtspunkte leiten, dem Kind eine Nahrung zu reichen, die den pathologischen motorischen und sekretorischen Verhältnissen des Magens am besten Rechnung trägt. So fordert besonders Bloch (2) eine Nahrung, die der konsekutiven Gastritis, die in vielen Fällen zur mittelbaren Todesursache wird, möglichst günstige Heilungsbedingungen bietet. Als besonders geeignet hierfür hält er die selbst bei Stagnation im Magen nicht gärende, daher die Schleimhaut nicht reizende Buttermilch. Meines Erachtens ist aber bisher noch zu geringe oder gar keine Beachtung der Auswahl der Nahrung nach der anamnestisch festgestellten früheren Ernährung des Patienten und einer dadurch eventuell bedingten Stoffwechselstörung geschenkt worden. Ich kann mir sehr gut vorstellen, daß z. B. eine kohlehydratreiche, fettarme Nahrung, wie die Buttermilch, einen Pyloruskranken, der gleichzeitig ein „Mehlkind" (Czerny-Keller) ist, in seinem Ernährungszustande so schädigt, daß eine Heilung seiner Stenose trotz Beachtung der übrigen Momente nicht zustandekommen kann. Nur Ludwig F. Meyer (3) zieht diesen Punkt, wenn auch nur flüchtig, in Betracht, indem er bei seinem dritten, mit Backhausmilch ernährten Patienten bemerkt: „. . . so daß der Exitus auch als mittelbare Folge der Schädigung dieser künstlichen Ernährung aufgefaßt werden kann." Ich glaube aber, daß dieses Moment bei der Ernährung des künstlich genährten pyloruskranken Säuglings in Zukunft mehr Berücksichtigung finden muß. Hinsichtlich der Quantität der Nahrung stehen die meisten Autoren auf dem Standpunkt, daß dem Patienten zunächst ein kleines, wenn auch unzureichendes Quantum in öfteren oder selteneren minimalen Dosen von 15, 10, ja 5 g gereicht werden soll. Erst nach Beseitigung der heftigsten Brecherscheinungen solle man zu größeren, ausreichenden Mengen übergehen. Dabei wird der Kalorienbedarf ungefähr dem des gesunden Säuglings gleichgeschätzt (Ibrahim [5]). Ganz kürzlich aber hat Meyer (5) vor einer allzuraschen Steigerung der Nahrungsmengen, selbst bei Brusternährung, gewarnt, mit Rücksicht auf ein Zustandekommen der von Finkelstein so genannten alimentären Intoxikation, für die in dem durch die Inanition gestörten Stoffwechsel des Pyloruskranken ein günstiger Boden gegeben sei.

Von physikalischen Maßnahmen sind am meisten Kataplasmen nach Heubner und systematische warme oder kühle Magenspülungen in Anwendung. Der Heileffekt der letzteren wird gegen die Autorität

von Heubner, der sie für mindestens entbehrlich hält, fast übereinstimmend angegeben. Ihre Wirkungsweise sieht Pfaundler, der sie besonders empfiehlt, außer in einer Reinigung des Magens von den stagnierenden Nahrungsresten, noch in einer Erschlaffung des systolisch kontrahierten Pylorus, die er experimentell nachweisen konnte. Ich glaube ferner, auf Grund klinischer Beobachtung, daß durch diese Erschlaffung des Pylorus ein Übertritt von Wasser in den Darm mit Resorption in den Kreislauf zustande kommt. Diesem letzteren Zwecke dienen auch die von manchen empfohlenen Klysmen und besonders die subkutane Einverleibung von physiologischer Kochsalzlösung. Medikamentös werden Opium und Atropin in minimalen Dosen, gegen die abnorme Säurebildung Alkalien empfohlen.

Nach dieser Übersicht über den heutigen Stand der Frage von Auffassung und Behandlung der sogen. „kongenitalen Pylorusstenose" möchte ich die Krankengeschichte eines Falles mitteilen, der mir infolge seines nicht ganz gewöhnlichen, überaus günstigen Verlaufes die Auffassung von der spastischen Natur dieses Leidens zu stützen scheint. Ähnliche Fälle mit fast momentanem Rückgang der klinischen Erscheinungen teilen nur Siegert (9) und Freund (10) mit.

Das Mädchen Anna G. kam am 16. XII. 05 mit einem Gewicht auf die Welt, das die Hebamme auf über 7 Pfund „schätzte". In den ersten 3 Wochen — bis zu 10 Wochen erhielt es ausschließlich Brust — entwickelte es sich nach der Ansicht der Mutter zur Zufriedenheit, nach dem Urteil der Hebamme aber soll es auch zu der Zeit schon nicht ganz „richtig" gewesen sein. Mit 3 Wochen fing es an, unmittelbar nach jeder Mahlzeit ein ziemlich bedeutendes Quantum der genossenen Nahrung zu erbrechen. Der Stuhlgang erfolgte recht selten, manchmal trotz der von der Mutter angewandten Klystiere nur jeden dritten Tag. Qualitative Veränderungen, verminderte Konsistenz oder schleimige Beimengungen wurden nie bemerkt. Durch das konstante Erbrechen magerte das Kind so stark ab, daß ihm die Mutter von der 10. Woche an ein- bis zweimal im Tag eine Reisschleimabkochung zu verabreichen sich veranlaßt fühlte. Im Alter von 11 Wochen, am 10. III. 06, wurde das Kind zu uns in die Sprechstunde gebracht. Es bot die Zeichen starker Atrophie dar, was schon aus dem Gewicht von 2350 g hervorgeht. Das Fettpolster war fast völlig geschwunden, die blasse Haut faltig und schlaff, für das kleine Kind viel zu groß. Was das Kind aber vorteilhaft von Patienten mit akuten Darmkatarrhen oder chronischen Ernährungsstörungen unterschied, war seine auffallende Ruhe, aus der es sich auch nicht durch die Manipulationen der Wägung und der eingehenden körperlichen Untersuchung herausreißen ließ. Die probatorische Magenspülung — 2 Stunden nach der Brustmahlzeit — ergab keine Nahrungsrückstände (Erbrechen!) und nur wenig dünnen Schleim. Ordin.: Natr. citric. $^{5}/_{300}$ zu jeder Mahlzeit 1 Kaffelöffel, 3 stündl. Brust.

12. III. 06. Gewicht 2520 g, Mutter hat tags zuvor nur Kuhmilch mit Hafermehlabkochung 75 : 25 verabreicht. Dabei erfolgte den ganzen Tag über kein Erbrechen, bis am Abend nach der Brustmahlzeit wieder fast alles erbrochen wurde. Heute vormittag wurde die Milchmischung nicht erbrochen. Die Tatsache, daß das Kind die abgemessene Menge Kuhmilch bei sich behalten, die Muttermilchmahlzeit, deren Größe wir noch nicht kannten, aber erbrochen hatte, ließ uns vermuten, daß ein zu großes Quantum das auslösende Moment für den Brechakt war. Das Kind wurde in der Sprechstunde für 10 Minuten an die Brust gelegt, trank in dieser Zeit 110 g, erhielt ein Kataplasma über den Leib und erbrach innerhalb $^{3}/_{4}$ Stunden, während der es zur Beobachtung noch anwesend blieb, nicht. Ordin. wie am Vortage, Kataplasmen über den Leib.

13. III. 06. Gew. 2530 g. Seit gestern kein Erbrechen mehr. Brav. Trinkt in 10 Minuten 150 g, innerhalb $^{1}/_{2}$ Stunde kein Erbrechen.

14. III. 06. Gew. 2500 g. Kein Erbrechen. Brav. Brust geht heute zeitweilig schlecht. Kind trinkt nur 30 g. Ordin.: 6 mal Brust, 1 mal 75 g Milch, 50 g Reisschleim.

15. III. 06. Gew. 2610 g. Hat um 10 Uhr die Brustnahrung gleich nach der Aufnahme erbrochen. Um 12 Uhr erhielt es die Flasche, um 3 Uhr werden kleine Mengen Milchgerinnsel erbrochen. Heute früh unruhig. Nachts brav. Trinkt 40 g.

16. III. 06. Gew. 2630 g. Seit gestern kein Erbrechen. Hat nur Brust erhalten. Trinkt 50 g.

17. III. 06. Gew. 2710 g. Heute früh 1 mal Milch mit Haferschleim āā 75 erhalten. Sonst nur Brust. Nie erbrochen. Brav. Trinkt 180 g.

20. III. 06. Gew. 2780 g. Nahrung wie 17. III. Brav. Trinkt 60 g.

22. III. 06. Gew. 2830 g. Brav. Kein Erbrechen, trinkt nur 10 g.

24. III. 06. Gew. 2850 g. Brav. Trinkt 100 g.

26. III. 06. Gew. 2910 g. Brav. Erbricht nach dem Trinken kleine Mengen. Trinkt 90 g.

An diesem Tage sehen wir das Kind bereits in voller Rekonvaleszenz. Das Gewicht hat sich in den 14 Tagen um 560 g gehoben, das Erbrechen fast aufgehört und stellt sich nur dann noch ein, wenn das Kind zu viel oder zu hastig saugt, und auch dann in so minimaler Menge, daß es kaum in Betracht kommt. Die Stühle erfolgen in gehöriger Anzahl, von normaler Menge und Beschaffenheit. Das Allgemeinbefinden hat sich so gehoben, daß wir das Kind zur Vermeidung einer sekundären Infektion in der Sprechstunde aus der Reihe der kranken ausscheiden und zur weiteren Beobachtung unserer Beratungsstelle für Mütter gesunder Säuglinge überweisen können. Auch die weitere Beobachtung bis fast zum Abschluß des ersten Lebensjahres bestätigt unsere Annahme, daß die vorliegende Erkrankung zur Ausheilung gekommen war.

Es handelt sich also um ein Kind mit deutlichen klinischen Erscheinungen eines Passagehindernisses am Magenausgang. Wie müssen wir diesen Fall auffassen? Ätiologisch ließ sich zunächst feststellen, daß die Mutter während der Schwangerschaft viel an Magenbeschwerden und Erbrechen litt, und daß sie ein sehr leicht erregbares Temperament besitzt. Ibrahim (5) weist auf den sehr häufigen Befund von Magenbeschwerden der Eltern, hauptsächlich der Mutter, in der Anamnese der Pyloruskinder hin, Pfaundler auf die hereditäre neuropathische Belastung beim Pylorospasmus. In unserem Falle finden wir beide Angaben vereint. Inwieweit diese Momente aber tatsächlich für unsere Krankheit in Betracht kommen, ist noch nicht festgestellt. Ibrahim vertritt ja die Hypothese, daß der pathologisch-anatomische Befund, wie er ihn bei seinen Fällen erheben konnte, gewissermaßen ein Stehenbleiben auf einer fötalen Entwicklungsstufe sei. Er nimmt an, daß es in der Entwicklung des menschlichen Embryo einen Zeitpunkt gebe, in dem sich bei relativer Weite des Magenlumens eine durch unverhältnismäßig starke Ausbildung seiner Muskulatur bedingte Enge des Pylorusteiles finde. Dieses sei der Befund, den man bei der Pylorusstenose regelmäßig antreffe. Für unseren Kranken möchte ich aber eine derartige anatomische Grundlage seines Leidens ablehnen und eine der Heubnerschen Anschauung ähnliche Auffassung vertreten. Die Mutter der Patientin ist eine „nervöse" Frau — ob neurasthenisch oder hysterisch, bleibe dahingestellt — mit speziellen Magensymptomen. Denn der Vomitus matutinus gravidarum wird von namhaften Geburtshelfern, wie Kaltenbach, Ahlfeld, Bumm (8), als eine Erscheinung des Nervensystems aufgefaßt. Wir glauben nun, daß bei dem so neuropathisch belasteten Kinde sich durch irgendwelche äußere Momente — vielleicht eine Überernährung an der Brust — ein Spasmus des Pylorus ausbildete, der zu den geschilderten Erscheinungen führte.

Daß es sich tatsächlich um ein „nervöses“ Kind handelte, konnten wir in der fast einjährigen Beobachtung auch fernerhin bestätigt finden. Unsere Auffassung von der spastischen Natur des vorliegenden Falles wird auch durch den Verlauf seines Leidens gestützt. Da die Therapie eine so plötzliche Besserung zur Folge hatte, kann ich es mir nicht vorstellen, daß eine wirklich organische, aber zunächst noch 3 Wochen lang für den Mageninhalt passierbare Stenose vorgelegen haben soll, die dann durch akzidentelle Momente, etwa eine Schwellung der Schleimhaut und entzündliche, die motorische Funktion des Magens herabsetzende Durchtränkung, wie sie Finkelstein und Ibrahim annehmen, zeitweilig zu völligem Verschluß gesteigert wurde. Dann müßte nämlich durch unser therapeutisches Eingreifen zunächst einmal ein Verschwinden dieser äußeren Momente bewirkt worden sein — was sich ja denken ließe —, dann aber auch die Heilung durch ein plötzliches „Erstarken der austreibenden Kräfte“ (Ibrahim), eine Dehnung des verengten Pylorus und eine absolute, zur Passage der Nahrung ausreichende Vergrößerung seines Lumens. Eine solche in wenigen Tagen sich vollziehende anatomische Veränderung kann man sich nur schwer vorstellen. Dagegen ist es mit der nervösen Art des Leidens viel leichter in Einklang zu bringen, daß verhältnismäßig geringfügige Maßnahmen, wie Regelung und Reduzierung der Diät, Breiumschläge auf den Leib, Ruhe nach der Mahlzeit und die einmalige Magenspülung die Überempfindlichkeit der kontraktilen Elemente soweit gemildert haben, daß das Erbrechen nach wenigen Tagen ganz sistierte. Und schließlich lasse ich sogar die Möglichkeit offen, daß die Besserung des Krankheitsbildes und der Beginn der Behandlung nur zeitlich, nicht ätiologisch zusammenfallen. Auch eine solche spontane Heilung wäre bei einem nervösen Leiden nicht auffallend, bei einem organischen aber fast undenkbar. So glaube ich diesen Fall als einen reinen Pylorospasmus auffassen zu dürfen, und ich schließe mich damit der Anschauung jener Autoren, Heubner, Pfaundler, an, welche das Zustandekommen eines selbst schweren Bildes von Pylorusverengerung auf Grund eines rein funktionellen Spasmus für erwiesen halten. Deswegen habe ich mir gestattet, diesen kleinen kasuistischen Beitrag zu veröffentlichen, der mir besonders durch das plötzliche Verschwinden aller Symptome ein gewisses Interesse zu beanspruchen scheint. Ob aber nicht auch neben diesem wesentlich häufigeren und damit praktisch bedeutungsvolleren Leiden noch eine echte Stenose im Sinne von Ibrahim vorkommt, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Literatur:

1. Pfaundler, Pylorusstenose im Säuglingsalter. Im Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler-Schloßmann. 1906. Bd. II. Teil 1.

2. Bloch, Die angeborene Pylorusstenose und ihre Behandlung. Jahrb. f. Kinderheilk. 1907, 65, der III. Folg. XV. Bd. Heft 3 u. 4.

3. Meyer, Ludwig F., Über den Tod bei der Pylorusstenose der Säuglinge. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1907. Bd. VI. Nr. 2.

4. Pfaundler, Bibl. med. D. Heft V (98).

5. Ibrahim, J., Die angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. Berlin 1905. S. Karger.

6. Heubner, O., Lehrb. d. Kinderheilk. 1903. Bd. I.
7. Zitiert nach Referat in Münchn. med. Wochenschr. 1906. Nr. 41.
8. Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe. II. Aufl. Wiesbaden 1903.
9. Siegert, Erfahrungen mit der nach v. Dungern gelabten Vollmilch bei der Ernährung des gesunden und kranken Säuglings. Münchn. med. Wochenschr. 1901. S. 1164.
10. Freund, W., Über Pylorusstenose im Säuglingsalter. Mitteil. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chirurg. 1903. Bd. XI. S. 309.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Paul Sittler, Zur Dauer der Immunität nach Injektion von Diphtherieheilserum. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 3.) Die prophylaktische Immunisierung gewährt dann einen wirksamen Schutz auf längere Zeit (3—5 Wochen und mehr), wenn die immunisierten Kinder nicht zu oft in Kontakt mit Diphtheriekranken und -Rekonvaleszenten kommen, was schon aus dem Grunde erforderlich, um immunisierte Personen nicht zu Bazillenträgern zu machen und so der Weiterverbreitung der Infektion Vorschub zu leisten. Beim Verweilen der immunisierten Kinder unter Diphtheriekranken kann die Immunität unter Umständen von sehr kurzer Dauer sein (10 bis 14 Tage).

Nicht immunisierte Kinder erkranken unter gleichen Bedingungen in einem ungleich viel größeren Verhältnisse als immunisierte.

Katarrhalische Affektionen jeder Art, Verletzungen der Schleimhäute bilden auch bei immunisierten Kindern ein stark für Diphtherie prädisponierendes Moment, das gegebenenfalls die Dauer der Immunität erheblich abzukürzen imstande ist.

Die Dauer der Immunität steigt bei Dosen von 500 I.-E. und darüber nicht im Verhältnis zu der Menge der injizierten Immun-Einheiten.

Nach Seruminjektion plus überstandener Diphtherie können bei gegebener Infektionsgelegenheit ebenso früh frische diphtherische Erkrankungen eintreten (wenn sie auch im Verhältnis sehr viel seltener sind), wie nach Seruminjektion allein.

Skarlatiniforme Allgemeinexantheme, auch wenn sie fieberlos und ohne stärkere Affektion der Rachenorgane verlaufen, sind in den meisten Fällen echte Scharlacherkrankungen.

Das Phänomen der Anaphylaxie (Überempfindlichkeit) nach mehrmaliger Injektion von Serum läßt es trotz der Tatsache der Unschädlichkeit einer einzelnen Serumeinspritzung wünschenswert erscheinen, durch geeignete Isolierungsmaßregeln Sorge zu tragen, daß eine allzuhäufige Wiederholung der prophylaktischen Injektionen bei ein und demselben Individuum nicht notwendig wird. Hecker.

E. W. Tschernow, Ungewöhnlich umfangreicher „Dickdarm" bei Kindern. Megacolon congenitum non est conge-

nitum, sed acquisitum. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Nach Ansicht des Verf.s ist eine Erweiterung der Darmhöhle und eine Hypertrophie der Darmwände nur dort möglich, wo ein Hindernis entweder in Form einer kongenitalen Aplasie oder einer Parese oder einer relativen Verengerung des Darmes usw. vorliegt; dort hingegen, wo ein Hindernis nicht vorhanden oder verschwunden ist, kann weder eine Erweiterung der Darmhöhle noch eine Hypertrophie der Darmwände vorhanden sein. Die Veränderung im Darm bei Megacolon sind folglich erworbene Bildungen, aber nicht angeborene, und deshalb ist auch das Megacolon, wenn es überhaupt vorhanden ist, nicht in Form eines congenitum, sondern in Form eines Megacolon acquisitum vorhanden. Als Ursachen der Erweiterung der Darmhöhle und Hypertrophie der Darmwände kommen verschiedene Hindernisse in Betracht, die sich gewöhnlich im alleruntersten Abschnitt der Flexura sigmoidea und sehr häufig, wie man annehmen muß, in der Übergangsstelle der letzteren in das Rektum befinden. Therapeutisch kommt zweierlei in Betracht, und zwar erstens eine die Verstopfung zeitweilig beseitigende, konservative und in zweiter Linie erst eine chirurgische Behandlung. Letztere besteht in der Ausführung einer Entero-Anastomosis, einer Anastomose der Höhle des S. romanum oder des oberen Teiles des Colon descendens mit der Ampulla recti.

Hecker.

J. Sadger, Die Hydriatik des Krupp. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 45. Heft 1 u. 2.) Verf. ist der Ansicht, daß „die echte Rachenbräune trotz Tracheotomie, trotz Intubation und trotz Behrings Heilserum noch heutigentags zu den gefürchtesten Kinderkrankheiten gehört, gegen welche wir mit den üblichen Behandlungsweisen in den schweren Fällen fast machtlos sind.“ „Denn selbst eine frühzeitige Injektion auch mit einem hinreichend hochwertigen Serum vermag erfahrungsgemäß nicht zu hindern, daß die kruppösen Belege sich ausbreiten und die schweren Fälle ganz prompt zum Exitus letalis führen.“ Er tritt warm für die Harder-Laudaschen Sturzbäder ein, welche man ohne Zaghaftigkeit dreist bei jedem kruppkranken Kind anwenden soll. Das Verfahren besteht darin, daß zunächst der Kopf des Kindes, dann Hals, Brust, Rücken und Bauch, endlich Hände und Füße mit frischen brunnenkalten Wasser abgewaschen und sodann das in einem Wasserschaff stehende Kind mit frischem Wasser maßweise in kurzen Pausen das eine Mal über den Kopf, das andere Mal über den Nacken mit Wasser übergossen wird. Die Übergießung muß auf einmal und plötzlich geschehen. Darauf abtrocknen und ins Bett legen. Die Sturzbäder werden wiederholt in Pausen von 3—4 Stunden appliziert. Die Vorteile liegen in der bekannten antipyretischen, exspektorierenden und analeptischen Wirkung solcher Prozeduren. Man soll sich durch die dabei eintretende Zyanose und das eventuell eintretende Hintenüberwerfen des Kopfes des Kindes nicht erschrecken lassen. Unterstützt wird das Verfahren durch Eiskompressen um den Hals. Die Wirkung sei eine vorzügliche.

Hecker.

L. Loránd, Zur Kenntnis der Echinokokkuszysten des Brustraumes, mit besonderer Berücksichtigung des Kindes-

alters. (Aus dem Budapester Stefanie-Kinderspital.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. April 1906.) L. bespricht genauer alles Wissenswerte über die intrathorakalen Echinokokkenzysten und betont bei der Therapie, daß v. Bókay der erste war, der bei einem Falle von Pleuraechinokokkus das bisher nur bei Leberechinokokken angewandte Baccellische Verfahren mit Erfolg versucht hat. Dieses Verfahren ist als primärer Eingriff um so mehr des Versuches wert, da diesem, falls es nicht den erwünschten Erfolg hätte, noch immer die radikale Operation nachgeschickt werden kann. Ein Beispiel dafür bildet ein Fall von pleuralem Echinokokkus, von dem L. schon 1902 einmal berichtet hat. Auch hier wurde das Baccellische Verfahren versuchsweise angewendet, doch dürften in diesem Falle im Pleuraraum zwei Zysten (vielleicht Mutter- und Tochterblase) gesessen sein, von welcher die eine in Eiterung überging und nach Verwachsung mit der viszeralen Pleura in den Bronchus perforierte. Da das injizierte Sublimat in die erweiterte Zyste nicht eindrang und bei der Probepunktion gesehen wurde, daß der Inhalt der einen Zyste eitrig-jauchig wurde, mußte die radikale Operation vorgenommen werden, welche zur Heilung führte. Die Richtigkeit dieser Annahme wurde durch die Operation selbst bestätigt und jetzt, 1 Jahr später, wo der 12jährige Knabe an einem Lungenechinokokkus der anderen Seite zugrunde ging, noch eklatanter erwiesen.

Die Obduktion breitete Licht über die dunklen Details dieses unglücklich verlaufenen Falles. Die Keime des Echinokokkus dürften zur gleichen Zeit in verschiedenen Organen angesiedelt sein (in der Leber, in beiden Brusthälften und in dem Omentum), dementsprechend müßte die Diagnose auf Echinococcus disseminatus gestellt werden. Trotzdem, daß die Erscheinungen der Anwesenheit des Parasiten in den beiden Brusthälften zu verschiedener Zeit evident wurden, und die kleineren Zysten in der Leber und in dem Omentum während des Lebens überhaupt keine Symptome darboten, dürfte die Infektion wahrscheinlich doch zur gleichen Zeit erfolgt sein. Die Obduktion bestätigte die Richtigkeit der Annahme, daß die zur Zeit des ersten Spitalaufenthaltes behandelte Erkrankung des Patienten tatsächlich primärer Pleuraechinokokkus war. Es war ersichtlich, daß sich die rechte Lunge seit der Operation vollkommen ausgedehnt hat und daß in derselben keine Spur einer Höhle vorhanden war, in welcher eine dorthin eingebettete Zyste hätte sitzen können.

Man fand jedoch eine walnußgroße Höhle zwischen dem rechten Ober- und Unterlappen, in welcher die Blase liegen konnte, und diese Höhle kommunizierte mit dem dort ganz oberflächlich liegenden und von außen nur durch die Pleura visceralis bedeckten Hauptbronchus. Die vereiterte Tochterblase mußte daher gar nicht durch Lungengewebe durchbrechen, um in den Hauptbronchus, welcher an dieser Stelle in den Unterlappen eintritt, zu perforieren. Die Mutterblase konnte intrapleural in dem freien Pleuraraume liegen, währenddem die Tochterblase, welche die Erscheinungen von Pneumozystis darbot, interlobär zwischen den Pleurablättern sitzen konnte. Nach Entfernung der Blase blieb eine von glattem, balkigem Bindegewebe begrenzte Höhle zurück, welche durch einen gänsekieldicken Bronchus

mit dem rechten Hauptbronchus in Verbindung stand. In die im linken Unterlappen gelegene zweifaustgroße Höhle traten drei Bronchuszweige ein, und da sozusagen die ganze linke Lunge für den Luftwechsel unbrauchbar war, brauchte Blut- und Blaseninhalt nur den rechten Bronchus und dessen Zweige zu überschwemmen, um die Erstickung herbeizuführen. Die in der Leber sitzende kleine, kinderfaustgroße Echinokokkuszyste lag in der unteren Fläche der Leber, in der Nachbarschaft der Gallenblase, und stand daher mit der Entwicklung der rechtsseitigen Pleurazyste in keinem ursächlichen Zusammenhang. Grätzer.

H. Herzog (Solothurn), Über Trachealdiphtherie mit mehrfacher Neubildung von Pseudomembranen. (Aus der Universitätskinderklinik in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 20.) In einem Falle von schwerer Diphtherie hatte H. Gelegenheit, dreimal ein „Ecouvillonnage“ des Larynx bzw. der Trachea unter ganz besonderen Umständen zu beobachten.

„Ecouvillonnage“ nannten 1896 Variot und Bayeux ein neues Verfahren zur Behandlung der membranösen Kehlkopfdiphtherie: dasselbe besteht darin, daß durch Einführen des Tubus, wie bei der gewöhnlichen Intubation, die an den Wänden des Larynx und der Trachea haftenden Pseudomembranen abgelöst und bei der wenige Minuten später ausgeführten Extubation ausgehustet werden. Unter „Ecouvillonnage de nécessité“ verstehen die französischen Autoren die notgedrungen rasche Entfernung des durch eine Pseudomembran verstopften Tubus.

In H.s Falle vollzog der Patient selbst die Ecouvillonnage de nécessité, indem er dreimal den Tubus samt einem pseudomembranösen Abguß der Trachea aushustete. Im folgenden gibt H. kurz die Krankengeschichte wieder.

Der Fall ist nicht nur wegen der eklatanten Heilwirkung der jedesmaligen Intubation, sondern auch von einigen theoretischen Gesichtspunkten interessant. Zunächst ist es klar, daß es sich zwar um drei scheinbar ganz gleichartige Pseudomembranen handelte, daß aber die zweite und dritte Membran histogenetisch von der ersten verschieden sein müssen; denn während bei der ersten die Epitheldecke die wesentliche Grundlage für den Exsudationsprozeß abgibt und mit der Abstoßung der Membran eliminiert wird, konnten die beiden folgenden Membranen nur aus Exsudatfibrin bestehen. Denn daß das Schleimhautbindegewebe vom diphtherischen Prozeß verschont blieb, beweist die glatte Heilung, die jeden Gedanken an Narbenbildung ausschließen läßt. Daß die Membranen in der Tat alle drei am gleichen Ort entstanden waren, geht unzweifelhaft aus ihrer Form und Länge hervor.

Es hatte ferner das Diphtherieheilserum zwar nicht die innerhalb 25 Stunden zweimal erfolgte Membranregeneration zu hindern vermocht — wie ja klinisch bei Kehlkopfdiphtherien die günstige Wirkung der Serumeinspritzung in der Regel erst nach 24 Stunden in Erscheinung tritt; doch darf man die leichte Abstoßung der Membranen vielleicht als Serumwirkung auffassen, wie ja der weitere

günstige Verlauf des schweren Falles bei dem $2^3/_4$ jährigen Kinde sicher der antitoxischen Behandlung zu danken ist. Grätzer.

H. Wolff, Über Pathogenese und Therapie der Anaemia splenica infantum. (Aus dem Krankenhause Hermannswerder-Potsdam.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.) W. führt den Fall eines 2 jährigen Kindes vor, das das Bild eines sehr schweren und progredienten Zustandes darbot. Das völlige Darniederliegen des ausgesprochen kachektischen Kindes, das Versagen aller Ernährungsversuche und die hochgradige Anämie mußten einen ungünstigen Ausgang fürchten lassen; dazu kam das Ergebnis der Blutanalyse, das der Anaemia splenica infantum entsprach. W. wollte noch die Splenektomie versuchen, in der Erwägung, daß bei der starken Konsumption der Hämoglobinträger die enorm vergrößerte Milz doch eine ursächliche Rolle spielen könne, daß das Virus, welches hypothetisch auf das Blut einwirkt, sein Zerstörungswerk in der Milz zur Ausführung bringe. Dazu kam der Gedanke, es könne in dieser Hinsicht wenigstens eine Analogie mit Anaemia splenica des Erwachsenen, der Bantischen Krankheit bestehen und die bei dieser festgestellte kurative Wirkung der Milzexstirpation auch dort eintreten.

Die Operation wurde ausgeführt, und der Erfolg war ein frappanter. Die Blutuntersuchung ergab schon 10 Tage später ein völlig verändertes Bild: Eine um mehr als 10 fache vermehrte Zahl der Erythrozyten, eine Veränderung der Verhältniszahl der Weißen zu den Roten von 1 : 12 auf 1 : 69, eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes von 40 auf 51. Dazu eine Gewichtszunahme von etwa 2 Pfund! Dazu blühte jetzt das Kind geradezu auf, die Nahrungsaufnahme war eine reichliche. Das zeigt doch wohl, daß die Anaemia splenica ihre Entstehung einer primären Milzerkrankung verdankt und als völlig selbständiges Krankheitsbild aufzufassen ist.

W. meint ferner dazu: „Unser Fall scheint uns wie ein Experiment zu beweisen, daß die Milz, welche ja wahrscheinlich schon physiologisch eine Stätte des Unterganges der roten Blutzellen bildet, daß dieses Organ zum lebensbedrohenden Vernichtungsort derselben werden kann, so daß gegen ihr Zerstörungswerk nichts anderes zu helfen vermag als ihre Entfernung. Will man den Vorgang des Erythrozytenverlustes nicht direkt in die Milz verlegen, so bleibt noch die Annahme, daß dort Giftstoffe gebildet werden, welche an anderer Stelle, vielleicht auf dem Wege des Pfortaderblutes in der Leber, ihre deletäre Wirkung auf die roten Zellen entfalten. Was den Anstoß zu diesen, glücklicherweise nicht immer irreparablen Veränderungen geben mag, läßt sich aus der Vorgeschichte der bisher beobachteten Fälle mit Wahrscheinlichkeit entnehmen. Es sind Ernährungsstörungen, die bei den erkrankten Kindern wohl ausnahmslos vorgelegen haben. Daß auf diesem Wege dann anderweitige Allgemeinerkrankungen, Rachitis, Tuberkulose u. a. disponierend wirken können, bedarf keiner Hervorhebung." Grätzer.

G. Gabritschewsky, Über Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach. (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.) G. zieht aus seinen Beobachtungen und Forschungen folgende Schlüsse:

I. Die Streptokokken sind imstande, bei septischen Infektionsformen scharlachähnliche Erytheme und Exantheme zu erzeugen.

II. Aus Scharlachstreptokokken zubereitete Vakzinen können scharlachähnliche Erytheme und Exantheme hervorrufen.

III. Die punktförmigen Erytheme und Exantheme bei Scharlach, Skarlatinoid und Streptokokkenvakzine können den Toxikodermien infektiöser Herkunft zugezählt und in pathogenetischer Hinsicht als identisch betrachtet werden.

IV. Die Tatsache, daß beim Menschen unter dem Einfluß der Scharlachstreptokokkenvakzine punktförmige Ausschläge mit sämtlichen anderen dem Scharlach eigenen Symptomen auftreten, repräsentiert einen wesentlichen, entscheidenden Faktor zugunsten einer Anerkennung des Streptokokkus als spezifischen Scharlacherregers.

V. Dieses Faktum liefert auch eine wissenschaftliche Basis sowohl für die von Dr. Moser eingeführte praktische Verwendung der Serotherapie beim Scharlach, als auch für die von mir vorgeschlagene Streptokokkenvakzination nicht nur gegen die Komplikationen, sondern auch gegen den Grundprozeß beim Scharlach.

Grätzer.

B. Schick, Die Therapie des Scharlach. (Aus der K. K. pädiatr. Klinik in Wien.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 23.) Allgemeine Therapie: Jeder Fall von Scharlach, auch der leichteste, bleibt mindestens 4 Wochen im Bett liegen und erhält in dieser Zeit kein Fleisch. Patient erhält aber auch keine reine Milchdiät, sondern je nach dem Appetit neben Milch noch Malzkaffee oder Kakao mit Milch, Milchspeisen, leichte Mehlspeisen, Semmeln, Butter, falsche Suppen (Einbrenn-, Erdäpfel- usw.), Kompott und Honig.

Bestes Mittel gegen das Fieber: Kühle Packungen des Stammes (15—20°, 1—2 stündlich). Hände und Füße bleiben außerhalb. Werden die Extremitäten kalt oder zyanotisch, so muß der Umschlag gleich abgenommen werden und wenn darauf keine Erwärmung erfolgt, durch ein gewärmtes trockenes Tuch ersetzt werden. Einreibungen mit Vaseline beschleunigen die Abschilferung, besonders wenn man sie auf warme Seifenbäder folgen läßt. Die Bäder sind erst für das Ende der Rekonvaleszenz (5. Woche) zu empfehlen (täglich oder jeden 2. Tag). Bei leichter Rachenaffektion nur kalte Umschläge, Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd (1—2 %), bei schweren Anfeuchtung der Mundhöhle durch häufiges Trinken (Limonade, kalter Tee mit Zitronensaft), 3—4 mal täglich Ausspritzung des Mundes (mittels Ohrenspritze) mit kaltem Wasser. Gegen Rhagaden in den Mundwinkeln 3 %iges Borlanolin-Vaselin. Behandlung der Otitiden: Sobald Rötung und Schwellung des Trommelfells festgestellt, 2—3 mal täglich Eintropfen 5 %igen Karbolglyzerins, warme oder kalte Umschläge (je nachdem was angenehmer empfunden wird) mit Liq. Burowii aufs Ohr. Bei starker Vorwölbung und starken Schmerzen sowie hohem Fieber Parazentese. Bei Otorrhoe 2—3 mal täglich Entfernung des Sekrets durch Einträufeln von Wasserstoffsuperoxyd (2 %). Lymphdrüsenschwellungen geringen Grades gehen unter einfachen Prießnitzumschlägen zurück. Bei zunehmender Schwellung Umschläge mit

Burow, Einpinselung von Jodvasogen, Auflegen von Ichthyolsalbe (10%), Inzision (in leichter Äthernarkose) erst bei deutlicher Fluktuation und Rötung. Sehr wichtig Berücksichtigung und Vorbeugung jeder Herzschwäche (Digitalis, Digalen, Kaffee, subkutan Kampfer, Koffeïn). Stets für Stuhlgang sorgen (Aq. laxativ. Viennens. oder Ol. Ricin., Syr. Mann. āā 15,0).

Das Mosersche Serum erwies sich, in den ersten drei Krankheitstagen injiziert — 200 ccm subkutan in die Bauchhaut — als wirksam.

Nun zu den Nachkrankheiten, speziell der Nephritis. Als einzige prophylaktische Maßregel ist Bettruhe anzusehen. Bei Bettruhe und fleischloser Diät heilen auch die leichten Formen der Nephritis. Will man diaphoretisch wirken, so mache man feuchtwarme oder trockenwarme Packungen (1/2 Stunde). Als Getränke (unbeschränkt): Milch, Tee, Biliner. Die kochsalzarme Diät (Milch, Kakao, Malzkaffee, Obst, ungesalzenes Brot, Butter, Honig, Suppen, Mehl- und Milchspeisen, ungesalzen) hat günstige Wirkung auf die Intensität der Ödeme, weshalb sie bei eingetretener Nephritis zu empfehlen ist. Tritt Urämie ein mit starken Krämpfen und Bewußtlosigkeit: Venaesektio (200—300 ccm bei 6—12 jährigen Kindern, 500 ccm bei Erwachsenen), mit darauffolgender subkutaner Infusion physiologischer Kochsalzlösung in gleicher Menge oder hohe Darmirrigationen mit lauem Wasser. Bettruhe und kochsalzarme oder fleischlose Diät werden womöglich bis zum 8. Tage nach völligem Schwinden der Eiweißausscheidung ausgedehnt. Nur wenn die Patienten wochenlang nach Schwinden der Ödeme bei bestem Wohlsein nur Spuren Albumen ausscheiden, stehen sie auf und werden auf gewöhnliche Kost mit Vermeidung von Alkohol gesetzt.

Die am Anfange aufgestellte Forderung der 4 wöchentlichen Bettruhe gilt daher nur für die unkomplizierten Fälle. Sobald sich eine Nachkrankheit (Nephritis, Lymphadenitis usw.) zeigt, muß die Bettruhe entsprechend ausgedehnt werden. In diesem Falle dürfen die Kinder frühestens eine Woche nach der letzten Fiebersteigerung oder Eiweißausscheidung aufstehen, erhalten dann gemischte kräftige Kost und es wird nur die tägliche zweimalige Temperaturmessung und die Harnuntersuchung fortgesetzt. Auch das erste Aufstehen wird manchmal von Fieber beantwortet. In diesem Falle genügt meist mehrtägige Bettruhe bis zum Eintritte normaler Temperaturen. Dann versuche man neuerlich aufstehen zu lassen. 8—14 Tage nach dem Aufstehen können die Patienten ins Freie. Als Regel ist aufzustellen, daß auch bei leichtesten Scharlachfällen mindestens bis zum Ende der 6. Woche täglich vor- und nachmittags die Körpertemperatur gemessen wird. Bei Komplikationen sind die Temperaturmessungen entsprechend länger auszudehnen. Das Verhalten der Temperatur ist gerade beim Scharlach ein wertvolles Symptom und oft das erste Warnungssignal für Störungen der Rekonvaleszenz.

Grätzer.

A. Läwen, Über die äußeren Fisteln bei angeborener Atresia ani s. recti und über die Darstellung des kongenital

verschlossenen Rektums im Röntgenbild. (Beitr. z. klin. Chir. 1906. B. 48. Heft 2.) In der Leipziger Klinik kam ein 1 tägiges Kind zur Operation, das eine angeborene Atresia ani mit suburethraler Fistel hatte und außerdem eine angeborene Spaltung des Scrotums. — Ferner werden Röntgenbilder von Atresia ani mitgeteilt, auf welche die Form des blind endigenden Rektums durch Injektion einer öligen Wismutemulsion in die Fistel sichtbar gemacht ist.

Vulpius-Ewald (Heidelberg).

Karl Försterling, Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen. (Centralbl. f. Chir. Nr. 19. S. 521.) Aus F.s Versuchen geht hervor, daß bei jungen noch im starken Wachstum begriffenen Tieren schon kurzdauernde einmalige Röntgenbestrahlungen, die geringer sind als die gebräuchlichen therapeutischen Dosen, eine erhebliche Wachstumshemmung in den exponierten Körperteilen hervorrufen können und fast stets auch hervorrufen. Je älter die Tiere sind, desto geringer scheint die Wirkung des Röntgenlichtes zu sein, je jünger die Tiere sind, desto geringere Röntgenlichtdosen sind erforderlich.

F. folgert aus seinen Versuchen, daß therapeutische Röntgenbestrahlungen bei kleinen Kindern nur bei malignen Neubildungen und malignen Erkrankungen z. B. Leukämie angewandt werden dürfen. Auch dann muß der übrige Körper in ausgedehnter und exakter Weise durch Abblendung und Abdeckung geschützt werden. Ferner empfiehlt es sich, auch die Röntgenaufnahmen möglichst einzuschränken, vor allem nicht zu schnell und häufig zu wiederholen wegen der kumulierenden Wirkung der Röntgenstrahlen. Die geringste Dosis Röntgenlicht, die eventuell schon Schädigungen hervorruft, ist noch nicht bekannt.

Joachimsthal.

Patrik Haglund, Über Fraktur des Epiphysenkerns des Calcaneus, nebst allgemeinen Bemerkungen über einige ähnliche juvenile Knochenverletzungen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 82. Heft 3. S. 922.) H. beobachtete bei zwei Knaben im Alter von 12 und von $11^1/_2$ Jahren Verletzungen des Epiphysenkerns des Calcaneus an der Haftstelle der Achillessehne, die eine gewisse Analogie mit den von Schlatter u. a. beschriebenen Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse und den von H. selbst beschriebenen Verletzungen, welche in dem noch nicht ausgebildeten Os naviculare pedis auftreten, zeigen. Der erste Knabe, früher eifriger Turner hatte seit mehreren Monaten an Schmerzen und Beschwerden in beiden Fersen beim Gehen, Springen und dergl. Bewegungen, welche besonders die Wadenmuskulatur anstrengen, gelitten. Ein eigentliches Trauma war in der Anamnese nicht vorhanden, aber der Patient wie seine Angehörigen führten das Übel auf eine anstrengende Fußwanderung zurück. Die Untersuchung ergab eine unbedeutende Auftreibung und Empfindlichkeit auf einer ziemlich großen Partie der beiden Fersen, an der Haftstelle der Achillessehne. Das Röntgenbild zeigte an den beiden Knochenkernen deutliche Frakturen, auf der rechten Seite etwas höher als auf der linken. Von Interesse war auch die Unebenheit der Begrenzung der

Epiphysenfuge und der Knochenstruktur ringsum. Bei dem zweiten Patienten, gleichfalls einem eifrigen Turner, wurde ebenfalls ein eigentliches Trauma vermißt. Die objektiven Zeichen waren ebenso wie die Empfindlichkeit dieselben wie in dem ersten Falle, rechts indessen ziemlich unbedeutend. Das Skiagramm zeigt auf dem Epiphysenkern des linken Fersenknochens eine ausgeprägte Querfraktur etwas oberhalb der Mitte und oberhalb der Fraktur eine bedeutende Störung im Knochenwachstum. Auf der rechten Seite war keine deutliche Frakturstelle vorhanden, wohl aber eine Andeutung dazu nahe der oberen Spitze.

In therapeutischer Hinsicht wird es darauf ankommen, der Sehnenhaftstelle Ruhe zu verschaffen entweder durch vollständige Bettruhe mit passender Fixation — eine natürliche in den meisten Fällen allzu rigorose Therapie, da ja die Restitution bedeutende Zeit in Anspruch nimmt — oder man muß versuchen, mit zweckmäßigen Anordnungen die beständige Reizung der Sehnenhaftstelle zu vermindern. So kann man bei Fersenverletzungen die Reizung der Sehnenhaftstelle dadurch herabsetzen, daß man die Patienten hohe Absätze tragen läßt. Man kann auch versuchen, die geschädigte Stelle mit Heftpflasterstreifen gegen zu erhebliche Störungen zu schützen. Bei sehr schweren Fällen — wie beim ersten der H.schen Fälle in dem die Beschwerden noch im zweiten Jahre sehr schwere waren, kann man Veranlassung finden, durch Immobilisation im Gipsverbande das Verschwinden der Deformität zu befördern. Joachimsthal.

Theo Mennacher, Ein Fall von chronischer Lymphozytenleukämie bei einem 11 monatigen Kinde. (Aus der kgl. pädiatr. Poliklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) Die Diagnose schwankte in diesem Falle zwischen Anaemia pseudoleukaemica infantum (Anaemia splenica) und echter Leukämie. Für die erstere Diagnose sprach vor allem das Alter des Kindes und die Ätiologie; denn Magendarmstörungen, falsche Ernährung, Rachitis, schlechte hygienische Verhältnisse begünstigen dies Leiden, und alles dies lag hier vor. Die Erkrankung kompliziert sich gern mit Darmstörungen, bronchitischen Affektionen, Hautblutungen; alles dies lag hier vor. Der Blutbefund ließ aber so offenbare Abweichungen erkennen, daß diese Diagnose nicht aufrecht zu erhalten war. Zwar war der Hämoglobingehalt bedeutend herabgesetzt (40 %), dagegen fehlte vor allem die Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen, die Veränderungen in bezug auf Größe und Form der roten Elemente war nicht ausgesprochen genug, dagegen die kernhaltigen roten Blutkörperchen stark vermehrt. Neben der fehlenden Verminderung der Erythrozytenzahl war es aber die Zahl der weißen Blutkörperchen, welche gegen Anaemia splenica sprach, denn sie übertraf auch die bisher als höchste beschriebenen Zahlen um mehr als das Doppelte (258000). Dazu kam noch das prozentuale Überwiegen der Lymphozyten (74 %) und der auch gegen die Norm des Säuglingsalters bedeutend verminderte Prozentgehalt der neutrophilen polynukleären Leukozyten (20 %). Da nach Japha bei Anaemia splenica 1. die Zahl der Leukozyten 50000 selten überschreitet, 2. der Prozentgehalt des ersten Lebens-

jahres für die verschiedenen Leukozytenarten trotz Vorkommens von Myelozyten im ganzen innegehalten ist, 3. in schweren Fällen erhebliche quantitative Veränderungen der Erythrozyten bestehen, obiger Fall aber von diesen Bestimmungen erheblich abweicht, so durfte er wohl den Leukämien im gewöhnlichen Sinne zuzuteilen, zumal das klinische Bild wie der Obduktionsbefund auch für diese Annahme einwandsfrei sprachen, besonders die schweren Knochenmarksveränderungen, die sich vorfanden, sowie die starke Beteiligung der Lymphdrüsen und Leber. Wir wissen heute, daß zum Zustandekommen jeder Leukämie eine pathologische Veränderung des Knochenmarks notwendig ist. Im obigen Falle konnte in vivo die Knochenmarksbeteiligung aus dem Blutbefund, absolute Vermehrung der neutrophilen polynukleären Zellen, die ja im Knochenmark entstehen, dementsprechend Auftreten von, wenn auch nur spärlichen Myelozyten und Übergangsformen und zahlreichen Erythroblasten erschlossen werden. Es handelte sich hier zweifellos um eine lymphatische (Lymphozyten-) Leukämie. Zwar ist beim Säugling schon in der Norm das prozentuale Verhältnis der Lympho- zu den Leukozyten gegenüber dem beim Erwachsenen zugunsten der ersteren verschoben, allein obige Verhältniszahlen waren doch charakteristisch genug. Die Diagnose wird noch gestützt durch die in dem Falle fehlende wesentliche Vermehrung 1. der mononukleären, neutrophilen und eosinophilen Zellen, 2. der Mastzellen, die bei myelogener Leukämie immer eklatant hervortritt. Endlich kam dazu der Obduktionsbefund, der in allen untersuchten Organen ein bedeutendes Überwiegen der Lymphozyten ergab. Der Fall muß ferner den chronischen Formen zugeteilt werden: denn abgesehen von dem schleichenden Beginne und dem über mehrere Monate sich hinziehenden, fieberlosen Verlaufe sprachen dafür die Befunde an Knochenmark und Milz (typische chronische Induration der letzteren).

Grätzer.

H. Bogen, Zur Kasuistik der kongenitalen Luxation der Patella. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 14.) B. beschreibt den Fall wie folgt:

„Es handelt sich um ein 5 jähriges Mädchen, das an einer linksseitigen kongenitalen, habituellen, kompletten Luxation der Patella leidet. Das rechte Bein ist intakt. Bei der Untersuchung des linken Beines in gestreckter Haltung bei liegendem oder stehendem Kinde sieht und fühlt man eine im Vergleich zur rechten kleinere, sehr bewegliche Kniescheibe. Das ganze Bein ist etwas atrophisch und steht in leichter Valgusstellung; die Kniescheibe liegt meist an normaler Stelle; der linke Fuß ist etwas mehr nach außen gedreht als der rechte. Der rechte Condylus externus femoris ist stark abgeflacht, der Condylus internus im Gegensatz dazu übermäßig entwickelt. Das Femur ist nach vorn innen konvex gekrümmt; Rachitis soll bei dem Kinde nicht bestanden haben, eventuelle Reste sind nicht nachweisbar. Das Gelenk ist fest, seitliche Bewegungen sind nicht möglich. Der sehr atrophische Quadrizeps ist nach außen verlagert, so daß man bei der Palpation vorn unter der Haut sofort auf den Knochen kommt. Das linke Ligamentum patellae ist kürzer und dünner als das rechte; es inseriert an der in ihrem oberen Ende leicht nach auswärts rotierten Tibia. Nimmt man diese Momente zusammen, so versteht man, daß der bei der Luxation der Patella — bei Beugung — noch mehr abnorm gelagerte Quadrizeps durch seine Kontraktion imstande sein konnte, den jugendlichen, weichen Knochen zu krümmen und so die jetzige abnorme Biegung des Oberschenkels und Vagusstellung hervorzubringen.

Beugt man das Knie, so gleitet bei einem Winkel von ca. 90—120° die Patella mit sichtbarem Ruck über den flachen Condylus externus nach außen; versucht man sie bei Beugung an normaler Stelle festzuhalten, so gelingt die Flexion nicht weiter als bis zu dem angegebenen Winkel, weil sich jetzt eine Kontraktur des Quadrizeps bemerklich macht. Ist die Luxation eingetreten, so sieht man die starke Abflachung der Vorderfläche des Knies; man kann vorn tief in die Gelenkhöhle eindringen und fühlt das fast vollständige Fehlen der Fossa patellaris. Die Luxation kann man bei nicht angespanntem Muskel auch sehr leicht in Extensionsstellung erzeugen. Eine aktive Streckung kann das Kind im Liegen zwar ausführen, aber so, daß der Oberschenkel erst nach außen rotiert, dann bei nach außen rotiertem, also fast wagerechtem Bein die Streckung mühsam vollzogen wird; stehend vermag das Kind das gehobene Bein nicht zu extendieren. Die Patella ist bei dieser mühsam errungenen Streckstellung des Beines noch nicht an ihrem normalen Orte, sondern noch vor dem abgeflachten Condylus externus, in Halbluxation; hebt jetzt das Kind den Unterschenkel noch ein wenig mit der Hand, so schnellt die Kniescheibe in die eben angedeutete Fossa patellaris. Beim Gehen in der Ebene zieht das Kind das linke Bein manchmal etwas nach, ohne aber weitere Beschwerden zu haben. Steigt das Kind die Treppe hinauf oder hinab, so gelingt ihm das ohne Unterstützung nur, wenn stets das rechte Bein vorgesetzt wird; wird erst das linke vorgesetzt, so bedarf es fremder Unterstützung oder eines Haltes am Treppengeländer.

Anamnestisch ist noch nachzutragen, daß hereditär ein solches Leiden in der Familie nicht besteht. Die Luxation fiel in frühester Kindheit der Mutter nicht auf, erst als das Kind immer noch nicht laufen lernte, und später, als es endlich mit 2 Jahren gehen konnte, immer noch häufig hinfiel, wurden die Eltern auf das Knie aufmerksam und bemerkten die Verrenkung. Therapeutisch ist bis jetzt nichts geschehen." Grätzer.

O. Kalb, Ein Beitrag zum sogenannten Handgang infolge spinaler Kinderlähmung. (Aus der chirurg. Klinik zu Erlangen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 23.) Der Handgang infolger spinaler Kinderlähmung, d. h. der Gang auf allen Vieren mit annähernd horizontal gestelltem Rumpf, ist bedingt durch den beiderseitigen Verlust der Hüft- und Kniestrecker (Glutäalmuskulatur und Quadrizeps). Die Art der Fortbewegung stellt einen Galopptypus dar, der infolge des Verlustes jener Muskelgruppen und der starken Inanspruchnahme der Wadenmuskulatur eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Hüpfen eines Frosches gewinnt. Autoreferat.

A. F. Hecht, Zur Erklärung des Auftretens grüner Stühle beim Säugling. (Aus der k. k. Universitätskinderklinik in Wien.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 24.) H. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Von der Oxydase allein kann die Oxydationsstufe des Gallenfarbstoffs in den Säuglingsstühlen nicht abhängen;

2. dem sehr schwankenden, aber meist bedeutenden Reduktionsvermögen der Bakterien im Stuhl kommt ein wesentlicher Einfluß auf die Färbung desselben zu;

3. die Oxydase kann gewiß nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Reduktionsprozesse so geringfügig sind, daß keinerlei Reduktionsprodukte des Gallenfarbstoffs auftreten. Nimmt das Reduktionsvermögen an Intensität zu, dann enthält der Stuhl bereits etwas reduzierten Gallenfarbstoff, daneben aber vorwiegend Bilirubin. Die Darmbakterien behindern dann den Gallenfarbstoff an der Oxydation, so daß solche Stühle trotz ihres Gehaltes an Oxydase Bilirubin enthalten.

4. Wodurch die Interferenzwirkung zwischen Oxydation einerseits und Reduktion andererseits bedingt .ist, darüber lassen sich gegenwärtig höchstens Vermutungen aufstellen.

Die Oxydation ist wohl an die Schleimkörperchen und die Reduktion an die Bakterienmassen gebunden. Es lassen sich aber weder quantitative noch qualitative durchgreifende Unterschiede in der Bakterienflora und im Schleimgehalt angeben, die im einzelnen Falle für die Farbe des Stuhles ausschlaggebend wären, wenn mir auch manchmal grüngefärbter Schleim im Ausstrichpräparat auffallend bakterienarm erschien.

Es wäre vielleicht auch denkbar, daß in den oberen Darmabschnitten des Vorhandensein geringer Sauerstoffmengen das Gleichgewicht zwischen Oxydations- und Reduktionswirkung zugunsten der ersteren entschied, wie man auch in vitro stets im Luftzutritt oder Luftabschluß den dafür ausschlaggebenden Faktor zu sehen gewohnt ist. So wirkt eine Zellaufschwemmung, die reich an Oxydase ist, z. B. Leberzelle, bei Luftabschluß energisch reduzierend. Auch die Bakterien reduzieren bei streng anaërobem Wachstum intensiver.

Grätzer.

E. Abderhalden (Berlin), Die Einschränkung der Zahl der Kinder in ihrer Bedeutung für die Rassenhygiene. (Medizin. Klink. 1906. Nr. 42.) A. hatte wiederholt Gelegenheit, Familien zu beobachten, in denen zwei bis drei Kinder vorhanden waren, die in der ersten Zeit der Ehe gezeugt worden waren; dazu kam dann nach einem mehr oder weniger ausgedehnten Intervall ein weiterer Nachkomme. Offenbar war bis zu diesem eine weitere Nachkommenschaft künstlich verhütet worden. Die Eltern nun waren gesund, die ersten Kinder ebenfalls, die Nachkömmlinge schwach, zum Teil nicht lebensfähig. A. glaubt, letzere Tatsache ist so zu erklären, daß die Eltern ihrem Prinzip untreu geworden waren in Momenten, wo sie die Herrschaft über ihre Sinne verloren hatten, also in anormalem Zustande (alkoholische Exzesse!).

Dieser Umstand, daß rassentüchtige Elemente eine weitere Fortpflanzung in normalem Zustand von sich aus ablehnen, um gegen ihren Willen in patholgischen Zuständen eine Zeugung herbeiführen, ist vom rassenbiologischen Standpunkte aus sicher beachtenswert; es wird hier ein neues Moment in die Verschlechterung unserer Rasse hineingetragen.

A. will nach dieser Richtung hin weiter forschen und bittet die Kollegen, ihm doch nähere Angaben über solche Fälle zu machen. Er stellt dazu folgendes Schema auf:

Alter der Eltern:
Datum der Heirat:
Geburt des 1. Kindes
„ „ 2. „
usw.
} Bemerkungen über das Befinden dieser Kinder
Geburt des Spätlings } Sein Gesundheitszustand?
Allgemeine Bemerkungen:

Grätzer.

M. Wunsch, Über einen angeborenen Bildungsfehler der Speiseröhre (wahrscheinlich angeborener Verschluß derselben). (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 14.) Es handelt sich um ein Kind, das am 5. Lebenstage an Entkräftung zugrunde ging. Es hatte dicht über der Kardia ein Hindernis in der Speiseröhre bestanden, derart, daß es nicht möglich war, einen dünnen Magenschlauch vollkommen einzuführen und Wasser durch den Schlauch hindurchlaufen zu lassen. Im Einklange damit stand die Tatsache, daß das Kind gleich von Geburt an nach der geringsten Nahrungsaufnahme und unmittelbar nach dem Schluckakte die Milch jedesmal wieder ausbrach.

Für die Differentialdiagnose ist von Wichtigkeit, daß das Erbrechen nicht geraume Zeit nach dem Schluckakte oder in unregelmäßigen Abständen einsetzte. Gegen Ösophagusdivertikel, sowie gegen Pylorus- oder Darmstenose sprach somit der Umstand, daß das Kind unmittelbar nach jedem Schluck Milch dieselbe gleich wieder ausbrach. Gegen die Annahme einer Pylorus- oder Darmstenose läßt sich außerdem noch der Einwand erheben, daß es nicht gelang, den Magenschlauch durch die Speiseröhre vollkommen hindurchzuführen. Gegen angeborene Ösophagusverengerung sprach der Umstand, daß es nicht allein unmöglich war, mit dem 5 mm dicken Magenschlauch die Speiseröhre vollkommen zu passieren, sondern daß auch das Wasser, das in den mit dem eingeführten Magenschlauch verbundenen Trichter hineingegossen wurde, auf demselben Niveau im Trichter stehen blieb. Da sich auch ein Tumor absolut nicht nachweisen ließ, so ist es höchst wahrscheinlich, daß ein angeborener Verschluß der Speiseröhre vorlag.

Grätzer.

Ph. Kuhn, Ernährungsversuche mit holländischer Säuglingsnahrung. (Aus der städt. Säuglingsfürsorge V in Berlin.) (Therapie der Gegenwart. Juni 1907.) Es wurden 30 Fälle behandelt, und zwar mit sehr zufriedenstellendem Erfolg. So bewährte sich die holländische Säuglingsnahrung beim Allaitement mixte, bei der Nachbehandlung der Dyspepsie, bei Enterokatarrh (nach der üblichen Hungerdiät), beim Brechdurchfall (nach der üblichen Vorbehandlung). Die Säuglingsnahrung ist auch für solche Fälle zu empfehlen, die eine Beschränkung der Fettzufuhr erfordern, bei Fettdiarrhöe, Ikterus und dem Kuhmilchnährschaden (Czerny-Keller), der ja auf Störung der Fettausnutzung zurückzuführen ist.

In Betracht kämen für diese Ernährung ferner die Hauterkrankungen, die wir mit zu fettreicher Kost in Verbindung zu bringen pflegen (Milchschorf, Prurigo, Ekzem der Hautfalten).

Leider ist die Nahrung noch teuer (80 Pf. pro Liter). Grätzer.

G. Sommer (Niedermendig), Über das psychische Weinen der Kinder in den ersten Lebenswochen. (Wochenschrift f. Ther. u. Hyg. des Auges. 30. August 1906.) S. hat die Beobachtung gemacht, daß bei kräftigen Neugeborenen das psychische Weinen wesentlich später auftritt (7—10—12 Tage) als bei heruntergekommenen, schlecht genährten Flaschenkindern. Eine Erklärung ist vielleicht damit gegeben, daß bei pädatrophischen Neugeborenen — zumeist ist

Gastroenteritis als Ursache vorhanden — die Schmerzen und das ständige Unbehagen einen vorzeitigen, abnorm starken psychischen Reiz abgeben. Grätzer.

Koellreutter, Zur Behandlung der Kehlkopfpapillome. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1907. Heft 2.) Mitteilung von 4 Fällen von Kehlkopfpapillomen, bei welchen die Arsenikmedikation allein zwar die operativen Methoden nicht ersetzen konnte, aber im Verein mit den operativen Methoden imstande war, das Rezidivieren der Tumoren von vornherein zu unterdrücken. Das Arsen wurde in allen 4 Fällen (alles Erwachsene) in Form von Solutio Fowleri täglich in der Dosis von 9 mg verabreicht. A. Sonntag.

Henkes, Zur Blutstillung nach Tonsillotomie. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1907. Heft 2.) H. hat die bekannten Michelschen Klammern etwas größer herstellen lassen (Abstand der Spitzen ca 2 cm) und legt zwei dieser Klammern bei starken Blutungen nach Tonsillotomie mittels eines besonders konstruierten Instrumentes so an, daß vorderer und hinterer Gaumenbogen über der blutenden Fläche zusammengepreßt werden. Das Aspirieren etwa nicht festsitzender Klammern verhindert ein an der Klammer festgebundener Faden, der an der Wange des Patienten mit Heftpflasterstreifen befestigt wird. Bisher wurde zur Blutstillung nach Tonsillotomie Kompression oder Umstechung angewandt. Während das letztere Verfahren eine große technische Fertigkeit erfordert, ist das erstere unsicher und ermüdend, auch die Kompression durch Instrumente wirkt bei den oft schon recht nervösen Patienten psychisch ungünstig ein. Demgegenüber scheint das neue Verfahren einen wirklichen Fortschritt zu bedeuten. Die Instrumente sind zu haben bei Schmeink in Amsterdam. A. Sonntag.

Seebohm, Über Hb-Bestimmungen beim Gebrauch von Eisen- und natürlichen CO_2-haltigen Stahlbädern (Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie. 10. Bd. 6. Heft.) Die Behandlung, die Verf. bei seinen an Chlorose erkrankten Patienten durchführte, erstreckte sich auf Verabfolgung von anorganischem Eisen und CO_2-haltigen Stahlbädern, neben möglichst ausgedehntem Genuß frischer Luft, zweckdienlicher Verpflegung und ruhigem Verhalten in körperlicher Beziehung. Die Zahl der Bäder betrug im Durchschnitt 18 und 20. Der Erfolg war ein sehr günstiger, da der Hb-Gehalt des Blutes sich regelmäßig besserte und nach 3—4 Wochen annähernd normal wurde. Bäder allein waren von weit weniger gutem Effekt. Freyhan (Berlin).

D. Mann, Beitrag zur Kasuistik der Lungenschwimmprobe. Partiell lufthaltige Lunge bei einem spontan totgeborenen Kinde. (Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1906. Nr. 2.) Der im Titel bereits gekennzeichnete Fall lag folgendermaßen: Unter Assistenz einer vertrauenswürdigen Hebamme wird in einer Gebäranstalt ein reiches, lebensfähiges wohlgebildetes Kind tot geboren. Bei der Geburt bestand bereits Totenstarre, Fäulnis fehlte vollständig, intrauterine Luftatmung ist auszuschließen, da die Blase bis zur Geburt des Kindes erhalten war. Trotzdem gab die Sektion un-

bestreitbar beim Mittellappen der rechten Lunge Telektase und positive Schwimmprobe. Verf. erklärt diesen auffallenden Befund durch unkontrollierbare Manipulationen mit dem toten Kinde, wie etwa Knickung des kindlichen Leibes beim Umtransport in die Badewanne oder abschüssige Haltung des Oberkörpers beim Übertragen u. dergl. Es leuchtet ein, daß der Fall forensisch bedeutungsvoll ist.

H. Netter (Pforzheim).

A. Doebert, Die pathologische Anatomie des Abdominaltyphus bei Erwachsenen und Kindern vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin. (Friedreichs Bl. f. gerichtl. Medizin. 1906. Jahrg. 57. Heft V/I.) Ausgehend von der Erwägung, daß es mancherlei Möglichkeiten geben kann, in denen der anatomische Befund eines Typhus abdominalis das gerichtsärztliche Urteil nach dieser oder jener Seite beeinflussen kann, hat Verf. es unternommen, diese Fälle zusammenzustellen und in gedachtem Sinne zu erörtern. Es wird demgemäß die forensische Wichtigkeit typhöser Veränderungen der Reihe nach besprochen: a) bei der Aufklärung plötzlicher Todesfälle, b) bei der Entscheidung, ob der Tod eines Menschen an einer typhusähnlichen Erkrankung (Blutvergiftung eines Verletzten, einer Wöchnerin, Fleischvergiftung) oder an Typhus selbst bzw. an beiden erfolgt ist, c) bei der Rechtsprechung in der Unfallversicherungspraxis. Die hauptsächlich in Betracht kommenden Veränderungen sind: die Schwellung der Darmfollikel mit eventuell folgender Geschwürsbildung und Darmperforation; die Entzündung des Herzmuskels; die Schwellung und unter Umständen mögliche Zerreißung der Milz; die Veränderungen des Kehlkopfes; die Schwellung und Erweichung der Mesenterialdrüsen; die parenchymatöse Entzündung der Leber und Nieren. Von den klinischen Verlaufsweisen kommen vorzugsweise der Typhus ambulatorius und levis einerseits und der foudroyante, stürmisch verlaufende Typhus, andererseits in Betracht. Der plötzliche Tod beim Typhus kann aus verschiedenen Ursachen erfolgen: 1. vom Herzen aus (meist im Beginn der Genesung, seltener auf der Höhe der Erkrankung, bei jugendlich-kräftigen Menschen nach mittelschwerem oder gar leichtem Typhus, mitten in der vollsten Genesung, in jähester Weise, 2. vom Darm aus, 3. eventuell von der Milz aus, 4. vom Kehlkopf aus. All diese besonderen Umstände werden der Reihe nach besprochen und erfahren eine Beleuchtung durch eindrucksvolle kasuistische Mitteilungen. Hingewiesen wird namentlich auch auf die forensische Bedeutung einer eingehenden mikroskopischen Prüfung des Herzens bei einem plötzlichen Typhustod, wo die Darm- oder sonstigen Erscheinungen keine genügende Todesursache abgeben, um beim Verdacht einer Straftat alle für eine natürliche Todesart sprechenden Momente ausreichend zu würdigen. Immerhin, so viel ergibt sich aus den Darlegungen des Verf.s, daß die pathologische Anatomie des Typhus des Erwachsenen den Gerichtsarzt nicht allzuhäufig beschäftigt, noch seltener diejenige des Kindertyphus, die in gesonderter Darstellung den Schluß der Arbeit bildet, wobei noch einige Bemerkungen über den Typhus beim Fötus gemacht werden. Der bekanntermaßen gutartige Verlauf des Kindertyphus und die Häufigkeit der leichten und abortiven Formen erklärt sich daraus,

daß die markige Schwellung der Follikel und Drüsenhaufen häufiger durch Resorption als durch geschwürigen Zerfall zurückgeht. Die Geschwüre sind weniger zahlreich und von geringerer Tiefe. Je näher die Kinder der Pubertät sind, desto mehr ähnelt der klinische und anatomische Befund dem bei Erwachsenen und die oben erörterten Beziehungen zur gerichtlichen Medizin gelten daher für den Typhus älterer Kinder ebensogut, nur mit der Beschränkung, daß sie seltener vorkommen werden. Je niedriger das Alter der Kinder, desto verschwommener und vieldeutiger wird der klinische und der anatomische Befund. In diesem Zusammenhang darf an die Schwellung der Darmfollikel und mesenterialen Lymphknoten bei Magendarmerkrankungen kleiner Kinder erinnert werden, die nach Henoch für den Typhus kleiner Kinder einen großen Teil ihres Wertes als Charakteristikum darum verlieren, an die Befunde von Lesser — Schwellung der sehr zahlreichen Darmfollikel, der mesenterialen Lymphdrüsen und der Milz, bei kleineren Kindern der ärmeren Bevölkerungsklassen, an den sogen. Status lymphaticus —. Man wird daher bei gerichtlichen Sektionen mit einem solchen Befund (Verdacht auf absichtliche Unterernährung oder Vergiftung) außer diesen Zuständen auch die Möglichkeit eines Typhus in Betracht ziehen, und umgekehrt auch bei anscheinend wirklichen typhösen Veränderungen der Unterleibsorgane einer kindlichen Leiche noch an andere Möglichkeiten denken. Eine bakteriologische Untersuchung wird hier den bestimmten Ausspruch, daß der Tod durch Typhus erfolgt ist, ermöglichen. Mit all dem will Verf. nicht die Möglichkeit in Abrede stellen, bei Kindern allein aus dem anatomischen Befund die Diagnose Typhus zu stellen, nur ist dazu ein Komplex unzweifelhafter Symptome nötig. Daß auch bei kleinen Kindern der Typhus bei anscheinend bester Gesundheit den plötzlichen Tod herbeiführen kann, beweisen einige Beobachtungen von Vibert, die Verf. zitiert, alle drei gaben zu gerichtlichen Sektionen Anlaß: 5 Monate altes Kind — Verdacht auf CO-Vergiftung — 9 Tage altes Kind — 6 Monate altes Kind — Verdacht auf absichtliche Erstickung. Das Ergebnis der Sektionen lehrt, daß man bei anscheinend mit dem Darmbefund nicht genügend aufgeklärten plötzlichen Typhustodesfällen, wie beim Erwachsenen dem Herzen, bei Kindern der Untersuchung der Lunge besondere Aufmerksamkeit schenken soll. In allen 3 Fällen fanden sich neben deutlichen typhösen Veränderungen starke Hyperämie und Bronchialkatarrh. In dieser Affektion erblickt Verf. die letzte Todesursache. Zusammenfassend kann man mit demselben sagen: „Bei Kindern sind die anatomischen Veränderungen des Typhus oft so wenig charakteristisch, daß durch sie der Verdacht auf eine strafbare Veranlassung des Todes nicht ohne weiteres auszuschließen ist. Besonders bei kleinen Kindern — und noch mehr beim Fötus — muß daher die Diagnose auf bakteriologischem Wege sichergestellt werden. Bei plötzlichen Todesfällen ist auf die Untersuchung der Lungen besonderes Gewicht zu legen. — Der lesenswerten Arbeit ist ein Literaturverzeichnis von 58 Nummern beigegeben.
H. Netter (Pforzheim).

Hermann Schaum, Über einen Fall von Melaena, bedingt durch syphilitische Leberzirrhose. (Dissertation. München 1906.)

Der schon umfangreichen Ätiologie der Melaena fügt Verf. mit seiner Mitteilung ein neues Moment hinzu. Die Krankengeschichte zeigt das typische Bild der Melaena neonatorum: Am zweiten Tag profuse Blutung aus dem Darm, die sich gegen Abend wiederholte. Trotz Gelatineinjektion und anderer Maßnahmen wiederholte sich die Blutung in der Nacht und am folgenden Morgen. Dazu hochgradige Anämie, die sich am folgenden Tage bei Andauer der Blutstühle steigerte, so daß nach 2 Tagen unter hochgradigster Anämie der Exitus letalis eintrat. Vom Sektionsbericht sei nur das Wesentlichste hervorgehoben: Magen stark gebläht, in der Gegend des Pylorus ist die Schleimhaut blutig tingiert. Nach Abtragung des Magens entleert sich beim Herausnehmen der Därme ziemlich viel flüssiges helles Blut. Schleimhaut des Rektum und Kolon von graurötlicher Farbe. Gegen das Coecum wird der Inhalt plötzlich blutig. Der blutige Inhalt findet sich im ganzen unteren Teil des Dünndarms. Im oberen Teil hört der blutige Inhalt plötzlich auf, um dann noch zweimal auf eine 4 cm lange Strecke zu verschwinden und zu erscheinen. An den entsprechenden Stellen des blutigen Inhalts ist die Schleimhaut blutig imbibiert. Eine die Blutung hervorrufende Stelle konnte beim Absuchen des Darms nicht gefunden werden. Die Leber wiegt 80 g und schneidet sich derb, azinöse Zeichnung undeutlich, das ganze Organ blutarm und von blaßgelber Feuersteinfarbe. Die genauere mikroskopische Untersuchung der Leber ergab, daß es sich um die diffuse interstitielle Form der syphilitischen Hepatitis handelte, wobei vor allem das Gewebe der Glissonschen Kapsel betroffen war. Besonders stark und vermehrt war das Bindegewebe um die Pfortaderäste und um die Gallengänge. Auffallend ist bei dem Befund einer typischen kongenitalen Syphilitischen Leberzirrhose. Die beträchtlichen Veränderungen des interstitiellen Gewebes lassen auf einen ziemlich frühen Beginn des Prozesses in der fötaler Periode schließen — das Gewicht der Leber: statt vermehrt zu sein, bleibt es mit 80 g hinter dem Durchschnitt des normalen Gewichts der Neugeborenen zurück, nach Birch-Hirschfeld 6 % des Körpergewichts, bei Syphilis gegen 4,6 % in der Norm. Die zirrhotischen Veränderungen und der Verblutungstod dürften einen hervorragenden Anteil an der Gewichtsabnahme der Leber haben. Infolge der hochgradigen zirrhotischen Veränderungen der Leber in dem beschriebenen Fall läßt sich wohl verstehen, daß die Stauung im Wurzelgebiet der Pfortader eine so hochgradige wurde, daß sie einen reichlichen Blutaustritt in den Magendarmkanal und damit eine Melaena bewirken konnte. Man kann demnach die tödliche Blutung in dem beschriebenen Fall in Analogie zu den allerdings nicht immer zum letalen Ausgang führenden Blutungen bei der Zirrhose des späteren Alters setzen.

H. Netter (Pforzheim).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

M. Turnowski, Eigentümliche Kontraktionen nach Ablaktation. (Wiener medizin. Presse. 1907. Nr. 16.) T. ist der Ansicht, daß sehr viele Krankheitserscheinungen der Ablaktationsperiode auf Autointoxikation zurückzuführen sind, indem die neuen Nahrungsmittel ganz gewiß andere, und zwar solche giftige Stoffwechselprodukte erzeugen müssen, die sowohl qualitativ als auch quantitativ von den der ausschließlichen Muttermilchernährung entstammenden grundverschieden sind.

Dies ist wichtig zu wissen, weil Autointoxikationen manchmal schwere zerebrale und spinale Läsionen vertäuschen können, wo es sich lediglich um vorübergehende Störungen handelt, die natürlich prognostisch viel günstiger zu beurteilen sind.

T. beschreibt einen solchen Krankheitsfall.

11 Monate altes Kind, sonst gesund, ganz munter ausschauend. Aber Hände und Füße in maximaler Palmar- bzw. Plantarflexion; Hand- und Fußrücken stark ödematös. Bei Versuchen, die Hände bzw. Füße in normale Stellung zu bringen, heftiger Widerstand von seiten der Beuger, exzessive Schmerzensäußerung des Kindes. Sensibilität, Reflexe vorhanden, Temperatur normal. Weder im Sensorium, noch in der Bewegungssphäre etwas Abnormes. Guter Appetit, normale Stuhl- und Harnentleerung.

Keine hereditäre Belastung, Kind selbst nie krank gewesen. Vor 2 Tagen plötzliche Entwöhnung; Ernährung mit Milch, Suppen. 24 Stunden vor der Entwöhnung obiges Krankheitsbild.

Therapie: Rizinus, als Nahrung bloß Haferabkochung. Nach 3 Tagen Besserung, am sechsten Tage Zustand völlig normal.

Es kann sich hier nur um eine Autointoxikation durch die nicht ausgeschiedenen giftigen Stoffwechselprodukte der veränderten Nahrung gehandelt haben. Grätzer.

Fr. Kraft, Beitrag zur Operabilität des Lymphosarkoms. (Aus der I. Chirurg. Klinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1906. Nr. 18.) Lymphosarkome des Retroperitoneal- und Peritonealraumes sind recht selten. K. beschreibt zwei derartige Fälle, welche auch wegen des ausgezeichneten operativen Erfolges und des Dauerresultates bemerkenswert sind.

11jähriges Kind wurde am 10. Juni 1904 operiert. Es fand sich ein großer Tumor, welcher im Mesenterium des Dünndarms saß, ca. zweimannsfaustgroß und von grobhöckriger Oberfläche war. Die Radikaloperation erwies sich als ausführbar, da das Duodenum vom Tumor leicht abpräpariert werden konnte. Es mußte der Dünndarm in Länge von 180 cm reseziert werden, da der Darm durch die Tumormassen von seiner Konkavität her schon etwas angegangen war und Andeutung von Zirkulationsstörungen in der Wandung zeigte. Jetzt nach $1^1/_2$ Jahren, ist Patient noch rezidiv- und beschwerdefrei.

Im zweiten Falle war der Dünndarm der primär ergriffene Teil, das zugehörige Mesenterium mit seinen Drüsen sekundär beteiligt. Operation des 16jährigen Mädchens am 6. Juni 1905. Im Ileum ca. 20 cm proximalwärts vom Coecum etwa kindsfaustgroßer, derber, höckriger Tumor, der das Darmlumen fast vollständig stenosiert; zu-

führender Darmteil stark erweitert, abführender kollabiert; im zugehörigen Mesenterialabschnitt mehrere harte, erbsen- bis haselnußgroße Drüsen. Resektion des erkrankten Darmabschnittes mit Keilresektion des sekundär affizierten Mesenteriums. Patient stellte sich am 15. Januar 1906 vor, vollkommen rezidiv- und beschwerdefrei.

Die Operationen hatten also beide Male ein glänzendes Ergebnis. Wären die Patienten früher erschienen, so wären sie natürlich noch weit einfacher gewesen. Im ersten Falle hätte wahrscheinlich die Exzision der Tumoren aus dem Mesenterium genügt, im zweiten wäre die Resektion in viel geringerem Umfange erfolgt. Grätzer.

Th. Żeleński, Über das Verhalten des „neutrophilen Blutbildes“ bei gesunden und kranken Säuglingen. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Krakau.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 40.) Z. fand bei seinen Untersuchungen des Blutes gesunder und kranker Säuglinge als hervorstechendstes Symptom eine große Labilität des Leukozytengleichgewichts und auffallend intensive Reaktion gegenüber den geringsten Krankheitserscheinungen. Nach seinen Erfahrungen bilden auch die Größe der Zellen und die Färbbarkeit der Granulationen wichtige diagnostische Zeichen für das jeweilige Entwicklungsstadium der neutrophilen Leukozyten. Grätzer.

Wanowsky, Über seitliche Skoliosen bei Kindern im schulpflichtigen Alter. (Russ. med. Rundschau. 1907. Nr. 1.) Als Material für vorstehende Arbeit dienten dem Autor 2084 Kinder in 14 Unterrichtsanstalten St. Petersburgs, und konnte Autor folgende Schlüsse ziehen:

1. Seitliche Skoliosen bei lernenden Kindern werden 5 % beobachtet, ebenso häufig bei Knaben wie bei Mädchen.

2. Ein bedeutender Teil der Kinder tritt schon teils im Anfangsstadium der Skoliose, teils mit deutlichen Zeichen von Veranlagung dazu in die Schule ein.

3. Die größte Zahl der Skoliosen fällt aufs 12.—15. Jahr, d. h. in die Periode des stärksten Wachstums.

4. Einfache linksseitige Skoliosen, sowohl totale als dorsolumbale und lumbale, sind bedeutend zahlreicher, als rechtsseitige desselben Typs. Zerviko-dorsale Skoliosen sind häufiger rechtsseitig.

5. Als Grund- und Anfangsform muß die linksseitige Skoliose angenommen werden.

6. Der Prozentsatz der kombinierten Skoliosen steigt mit dem Alter oder mit dem Übergang aus den niederen Klassen in die höheren.

7. Rechtsseitige und kombinierte Skoliosen kommen häufiger bei Mädchen als bei Knaben vor.

8. Die Mehrzahl der Schulskoliosen steht im Anfangsstadium und können sie oft von den Kindern selbst wieder zurechtgerichtet werden.

9. Die seitlichen Skoliosen bei Mädchen verschlimmern sich schneller als bei Knaben; deshalb beobachtet man bei ihnen viel häufiger mittlere und schwere Grade von Rückgratverkrümmungen.

10. In vielen Fällen entwickeln sich die Skoliosen auf rachitischem Boden, wobei eine strenge Trennung der gewöhnlichen von rachitischen nicht immer möglich ist. Grätzer.

S. Biegel, Ein Fall von Myositis ossificans progressiva multiplex. (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1622.) Zu den Fällen der seltenen Erkrankung, zuerst beschrieben durch Munchmeiyer, kann B. einen neuen hinzufügen, welcher sich in verschiedener Hinsicht von den bis jetzt beschriebenen unterscheidet, auch durch den Verlauf manches Interessante darbietet. Das Kind wurde schon seit der Geburt durch B. observiert. Schon im Alter von 3 Monaten zeigten sich harte Höcker am Scheitel von der Größe einer Erbse, welche aber nach einem Bestande von einigen Wochen wieder verschwanden. Diese Eruptionen wiederholten sich mehrere Male und gingen Anfälle von Cyanose und steife Haltung vorher. Die Cyanose verschwand, sobald die Höcker am Scheitel zur Entwicklung kamen. Nach dem Verschwinden der Höcker wurde am Säuglinge nichts Abnormes mehr wahrgenommen. Diese anfallsweisen Eruptionen zeigten sich bis zum dritten Lebensjahre, bei einer völlig ungestörten weiteren Entwicklung des Kindes. Vom dritten bis sechsten Lebensjahre nichts Abnormes, nur war es aufgefallen, daß nach einem Fall oder sonstigen Trauma die Kontusion viel fester war als sonst, doch sie verschwand, ohne Spuren zu hinterlassen. Seit dem sechsten Lebensjahre entwickelt sich allmählich, infolge eines Traumas, das komplette Bild der Myositis. Eigentümlich war dabei, daß die Versteifung der Kaumuskeln so stark ausgesprochen war, daß die Mundöffnung nur einen platten Spatel durchließ. Nach ein paar Monaten ließ aber diese Pseudoankylose ganz nach, so daß der Mund sich wieder ganz normal weit öffnen ließ. Im übrigen war in jeder Hinsicht das Krankheitsbild typisch bei dem jetzt 7 Jahre alten Kinde. Graanboom.

A. Kramer (Dorpat), Zur Therapie des Scharlach spez. der septischen Formen. (St. Petersburger med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Aus der Arbeit K.s sei folgende Stelle wiedergegeben:

„Aus diesen Puklikationen scheint hervorzugehen, daß das Formamint ein wirklich brauchbares Mittel bei Erkrankungen der Mundhöhle und der oberen Luftwege ist — und kann ich das aus meinen eignen Versuchen und Erfahrungen nur vollauf bestätigen. Ich habe Formamint bei Scharlach in 20 Fällen, bei Diphtherie in 7, bei andern Anginaformen in 18 — im ganzen also in 45 Fällen mit ganz ausgezeichnetem Erfolg benutzt. Binnen wenigen Tagen trat eine Abschwellung der Tonsillen ein, die Membranen stießen sich ab, die Temperatur sank — und vor allem — ich habe unter diesen 45 zum Teil recht schweren Fällen nicht einen einzigen Todesfall erlebt! Wenn ich nun alles zusammenfasse, so besteht meine Behandlung spez. des Scharlach kurz in folgendem: Neben den allgemeinen Vorschriften über Luft, Licht usw. lasse ich vom ersten Tag an stündlich eine Formaminttablette geben — die der Patient langsam im Munde zergehen lassen muß. Vom 3.—4. Tage an 2—3 stündlich — solange bis die Temperatur normal geworden ist, bzw.

die Tonsillen keinerlei pathologische Befunde aufweisen. Ferner lasse ich per Pulverisator dreistündlich Jodol-Zucker-Einblasungen[1]) machen, lege von vornherein warme Kompressen um den Hals — und lasse, sobald ich den Eindruck einer septischen Mischinfektion habe — Dauerklystiere einer Kochsalzlösung mit Formalin Schering (1—3 Tropfen je nach dem Alter der Kinder) applizieren. Außerdem verordne ich recht strenge Diät — bestehend aus Milch und Reisschleim.

Grätzer.

R. Nitsch, Bemerkungen über die Pasteursche Schutzimpfung. (Przeglad legarski. ex 1906. Nr. 27 u. 28.) Verf. untersucht die Frage, wie so es kommt, daß von den Behandelten ein bedeutend größerer Prozentsatz in der ersten Zeit nach stattgefundener Verletzung stirbt, als von den Nichtbehandelten. Nach oberflächlichem Urteil könnte man annehmen, daß die Schutzimpfung in den Fällen, wo sie wirkungslos ist, das letale Ende beschleunigt. Eine diesbezüglich, von den Resultaten der Impfanstalten in Paris, Warschau und Krakau zusammengestellte Tabelle ergibt folgendes Mortalitätsverhältnis:

Es sind gestorben bis zum 25. Tage nach dem Biß von den Behandelten 10 %, von den Nichtgeimpften 6 %, bis zum 30. Tage 20 % bzw. 4 %, bis zum 35. Tage 11,43 % bzw. 7 %, bis zum 40. Tage 7,14 % bzw. 5 %, bis zum 50. Tage 15 % bzw. 21 %, bis zum 60. Tage 8,57 % bzw. 8 %, über 60 Tage 27,80 % bzw. 49 %.

Der Umschlag ist erst bei Geimpften über 40 Tage nach dem Biß zu konstatieren, um bei den den 60. Tag überlebenden stark zugunsten der Behandelten in die Höhe zu schnellen. Die Schlüsse, die Verf. aus seinen Untersuchungen zieht, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Wie schon öfters bewiesen wurde, vermindert die Pasteursche Schutzimpfung bedeutend die Mortalitätsziffer der Gebissenen. Während von den Nichtbehandelten 10 % an Lyssa sterben, stellt sich das Verhältnis der Behandelten auf bloß 1 %. Der Entwicklung der Methode nachgehend, sehen wir, daß die Ergebnisse desto günstiger werden, je stärkere Impfungen angewandt werden.

2. Es unterliegt keinem Zweifel, daß bei den Geimpften der letale Ausgang kurz nach der Verletzung bedeutend häufiger auftritt als bei den Nichtgeimpften. Umgekehrt ist das Verhältnis, wenn eine längere Zeit nach dem Biß verstrichen ist. Diese beiden Erscheinungen lassen sich durch das späte Auftreten der Giftfestigkeit erklären. (Pasteur fand, daß die beendete Impfung etwa 14 Tage bis zur Entfaltung ihrer schützenden Wirkung bedarf. Babes schreibt: ... daß die Rettungsimpfung nur jene Personen nicht zu retten vermochte, welche in einer Weise gebissen wurden, daß die Wut vor dem 35. Tage nach dem Bisse zum Ausdruck kam. Ref.)

3. Einen Einfluß der Pasteurschen Impfmethode auf die Verlängerung des Inkubationsstadiums bei manchen letal endigenden Fällen kann man nicht konstatieren. Wenn so eine Einwirkung überhaupt im Bereiche der Möglichkeit liegt, so kommt sie nur höchst selten vor.

---

[1]) Jodol. 9,0, Sacch. 1,0.

4. Das Inkubationsstadium dauert bei Männern, ohne Rücksicht ob die Behandlung stattgefunden hat oder nicht, im Durchschnitt um paar zehn Tage länger als bei Weibern. Es werden gebissen und sterben daran etwa doppelt soviel Männer als Weiber.

Gabel (Lemberg).

A. Dutoit, 42 Fälle von Augendiphtherie. (Aus der Univers.-Augenklinik in Zürich.) (Korrespond.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 19 u. 20.) Die Arbeit gibt einen Überblick über sämtliche Fälle von Augendiphtherie, welche in den Jahren 1897—1905 in der Züricher Klinik zur Behandlung kamen. Die Krankengeschichten dieser 40 (bzw. 42) Fälle werden genau wiedergegeben und epikritische Bemerkungen angeschlossen.

Der Nachweis einer unmittelbaren Infektionsgelegenheit ließ sich nur in 3 Fällen erbringen. Es fanden sich 9 Fälle von gleichzeitiger Diphtherie an anderen Organen (5 Fälle von Nasen- und 4 Fälle von Rachendiphtherie); bei allen diesen war wohl Selbstinfektion im Spiel.

Die Dauer der Erkrankung erstreckte sich in 23 Fällen über 2 Wochen, in 13 Fällen über 4, in 6 Fällen über 6, in einem Falle über 10 Wochen. In 35 Fällen war der bakteriologische Nachweis von Diphtheriebazillen aus den Membranen bzw. aus dem Konjunktivalsekret positiv.

In 25 Fällen Serumtherapie; von diesen verliefen 19 durchaus günstig; bei den andern perforierende Kornealaffektion. 2 Fälle tödlich. Nicht mit Serum behandelt 17 Fälle. Davon 5 tödlich (davon hatten 4 Kornealulzeration). Alle übrigen verliefen günstig. Der Serumtherapie gebührt in der Behandlung ohne Zweifel der erste Platz. Zum Ausspülen und Reinigen wurden gesättigte Lösungen von Kal. permang. und Bor, teils Sublimatlösungen (1:5000) benutzt. Hatten sich die Membranen abgestoßen, so traten an Stelle der Spülungen Pinselungen von Argent. nitr. (1 %). Grätzer.

A. Kalt (Aarau), Alkoholintoxikation bei einem Kinde infolge Inhalation von Alkoholdämpfen. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 22.) 2 jähriger Knabe erhielt wegen eines Erysipels am Unterschenkel Alkoholumschläge, welche nach einigen Tagen nur noch am Fuße und unteren Drittel des Unterschenkels gemacht zu werden brauchten. Mitten in der Nacht trat ein eigenartiger Zustand ein: Patient ließ den Kopf hängen, atmete ganz oberflächlich, wurde bewußtlos, hatte Temperatur von nur 35,4° C. Später erwachte das Kind wieder, benahm sich aber wie ein Betrunkener.

Das Kind hatte die Gewohnheit, seinen Kopf unter die Decke zu halten, hatte so trotz Umwickelung des Fußes mit Guttaperchapapier Alkohol eingeatmet und sich so die Vergiftung zugezogen.

Grätzer.

Lauper (Interlaken), Behandlung des Schlüsselbeinbruches. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 24.) Bayer empfahl jüngst eine Methode, bestehend in dorsaler Fixation des Armes. L. hatte Gelegenheit, nach dieser Methode einen Fall zu behandeln bei einem 8 jährigen Knaben mit Bruch am innern Ende des äußern

Drittels und war mit dem Resultat sehr zufrieden. Nach Bayer soll nach Koaptierung der Bruchenden der Vorderarm quer über den Rücken fixiert werden. Zudem soll mit drei Heftpflasterstreifen extendierend auf das Akromialende und den Humeruskopf gewirkt werden. Der Arm wird unter Freilassung der Hand mittels Bindetouren nach Desault fixiert. L. konnte nun bei seinem Falle auf diese Weise nicht genau zum Ziele gelangen. Besser gelang es nach Einführen eines kleinen Achselkissens hoch in die Achselhöhle, welches als eine Art von Hypomochlion wirkte. Mittels eines Heftpflasterstreifens über die Clavicula, den Humeruskopf und über diesen zum Rücken ließ sich ein gewisser Grad von Extension und eine gute Koaptation erreichen und beibehalten.. Den Arm fixierte L. nicht quer über den Rücken, weil so der Schlaf in der gewohnten Lage oder sogar in Seitenlage wesentlich behindert werden muß, sondern schräg über den Rücken in Mittelstellung zwischen Extension und Flexion des Ellenbogens, so daß die Hand auf die Sakralgegend zu liegen kam. Rücken und Arm müssen gut mit Watte gepolstert werden zur Vermeidung von Ekzem. Fixation des letzteren mittels zwei weiteren Heftpflasterstreifen und einigen gut sitzenden Bindetouren. Auf diese Weise ist der Schlaf in Seitenlage sehr gut möglich und es empfiehlt sich Bettruhe für die ersten Tage. Nach 9 Tagen entfernte L. den Verband. Dabei war die Fraktur, wenn auch noch nicht fest, so doch fixiert, daß bei vorsichtiger Bewegung eine weitere Verschiebung nicht mehr eintrat. Es hätte eventuell genügt, einfach eine Mitella anzulegen. L. fixierte jedoch den Arm in der doch etwas bequemeren Stellung vorne auf der Brust, da ohne Gewaltanwendung eine sekundäre Verschiebung nicht mehr zu befürchten war. Nach weiteren 14 Tagen war Konsolidation eingetreten und es wurde mit Massage begonnen. Das Endresultat war in jeder Beziehung sehr befriedigend.

Grätzer.

Regina Kahane, Beitrag zur Trichozephaliasis. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 8.) Es handelt sich um ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen, bei dem Trichocephalus dispar eine schwere, letale Anämie herbeiführte. Im übrigen traten blutige Diarrhöen in den Vordergrund der Erscheinungen. Bei der Sektion fanden sich auch im Wurmfortsatz viele Trichozephalen, teils frei, teils in der Schleimhaut eingegraben; mikroskopisch wurde eine Appendizitis konstatiert.

Therapeutisch waren Kalomel und fast alle bekannten Abtreibungsmittel während 4 Monaten erfolglos verabreicht worden. Erst die kombinierte Anwendung von Thymol per os (3 Tage lang 3mal täglich 0,1) und per rectum (am 4. Tage 1 Liter $1\,^0/_{00}$ Lösung als Darmspülung) hatte stets den Effekt, daß ein Abgang der Würmer erfolgte. Freilich war der Fall schon so weit vorgeschritten, die Anämie so schwer geworden, die Zahl der Würmer so groß, daß eine Heilung nicht mehr erfolgen konnte. Grätzer.

Seiler (Interlaken), Ein Fall von Othaematom ohne eruierbare Ursache. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 9.) S. beschreibt den Fall wie folgt:

Am 3. November 1906 kam der 12jährige Knabe Z. in Begleitung seines Vaters zu mir, um mich zu konsultieren wegen einer Geschwulst an der linken Ohrmuschel.

Die Inspektion ergab eine fluktuierende Geschwulst, die mehr als die obere Hälfte der Ohrmuschel einnahm, und deren Oberfläche leicht bläulich zu schimmern schien.

Anamnestisch konnte gar nichts herausgebracht werden, und auch der Vater konnte nur soviel sagen, daß er die Geschwulst vor ca. 14 Tagen bemerkt habe. Von Fall, Schlag, Verletzung überhaupt, wußte der kleine Patient nichts anzugeben; hat auch nie an der betreffenden Stelle Schmerzen gehabt.

Die Inzision der Geschwulst ergab als Inhalt blutig gefärbtes, klares Serum. Nach der Inzision wurde die Inzisionsöffnung drainiert und ein Kompressivverband angelegt.

Zwei Tage später war die Geschwulst trotz Drainierung wieder neugebildet.

Es wurde nun die Höhle leicht ausgekratzt und mit Jodtinktur bepinselt; darauf wieder Drainierung und Verband.

Nach 5 Tagen war die Geschwulst wieder neugebildet, wenn auch vielleicht in etwas geringerem Grade als das erstemal.

Ich eröffnete nun die Höhle ziemlich breit, tamponierte sie nicht zu fest mit Vioformgaze aus und ließ zu Hause Umschläge machen mit Lysollösung. Diese Behandlung hat dann in befriedigender Weise zum Ziele geführt, indem die Geschwulst sich nicht mehr neugebildet hat, sondern ganz obliteriert ist.

Ein Rätsel bleibt die Ursache dieses Othämatomes, und es beweist der Fall, daß offenbar solche Hämatome auch schmerzlos entstehen können.

Grätzer.

J. Comby (Paris), Fièvre hystérique chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Juin 1906.) Der Verf. beschreibt aus der eigenen Praxis und derjenigen anderer Ärzte mehrere Fälle von hohem Fieber, welches nur auf hysterischer Grundlage beruhte. Das Charakteristikum dieser Fieber scheint die abnorm hohe Temperatur zu sein, welche die betreffenden Kranken aufweisen. In einem dieser Fälle wurde bis 45° C. gemessen, in einem anderen bis 44,6°. Im ersteren Falle, wo es sich um ein 13jähriges Mädchen handelte, war die Fieberperiode so lange andauernd, daß man an eine subakute, tuberkulöse Peritonitis dachte, doch bestätigte sich diese Diagnose nicht; das Kind hatte wieder eine Zeit lang normale Temperatur, dann wieder Hyperthermie, dabei war das Allgemeinbefinden relativ gut. Außer der erhöhten Temperatur bestanden hartnäckige Kopfschmerzen, Zittern in manchen Gliedern, auch leichte Konvulsionen. In einem anderen Falle, dessen Beschreibung Arraga (von Buenos-Aires) gibt, bestand, außer Hyperthermie, eine linksseitige Hemianästhesie. Eine Patientin von Mazzarotto hatte zuerst durch 45 Tage unstillbaren Singultus gehabt, dann trat Hyperthermie bis über 44,5° auf, welche durch 11 Tage andauerte. Dabei hatte die Kranke ihr volles Bewußtsein, keine Somnolenz, kein Delirium, sondern nur unbestimmte Kopfschmerzen.

Es folgt aus diesen Erfahrungen, daß man selbst aus abnorm hohen Temperaturen keinen prognostisch schlechten Schluß ziehen darf, namentlich wenn dieselben mit einem relativ guten Allgemeinbefinden einhergehen, die Kranken keine organischen Läsionen, keine Prostration, keine ataxo-adynamischen Erscheinungen darbieten, hingegen aber klare hysterische Zeichen zeigen oder neuropathisch belastet sind.

Die Behandlung ist eine suggestive, in Verbindung mit lauwarmen Bädern und kalten Einpackungen, Landaufenthalt usw.

E. Toff (Braila).

G. Pignero (Livorno), Notes cliniques sur une épidemie de rougeole. (Archives de méd. des enf. Septembre 1906. S. 535 bis 543.) Der Verf. hat Gelegenheit gehabt gelegentlich einer heftigen Masernepidemie, die innerhalb weniger Monate die Anzahl von 4000 Fällen bei einer Bevölkerungszahl von 100000 Einwohnern überschritt, zahlreiche interessante Beobachtungen anzustellen. Die allgemeine Sterblichkeit betrug durchschnittlich etwa 7 °/₀₀, doch war dieselbe bei dem ersten Tausend von Fällen viel höher und erreichte 20 °/₀₀.

Einige wenige Fälle boten außer Masern auch eine Diphtherie toxischer Form dar, während in anderen eine Laryngitis stridulosa in Erscheinung trat, die aber im allgemeinen einen leichten Verlauf nahm.

Der jüngste Kranke war 12 Tage alt, der älteste 72 Jahre. In einigen Fällen begann die Eruption auf der Brust, in anderen auf dem Rücken und auf den Schenkeln. Die Dauer derselben schwankte zwischen 12 Stunden und 17 Tagen, die Fälle mit lange andauernder Eruption nahmen meist einen schweren Verlauf.

Zwei Patienten hatten Masern, ohne einen Ausschlag zu zeigen; so z. B. hatte ein 5 jähriges Mädchen alle Krankheitssymptome, wie Husten, Schnupfen, Konjunktivitis, Photophobie, Fieber, gesprenkeltes Gaumensegel, doch konnte ein Ausschlag nicht beobachtet werden; möglicherweise hatte derselbe eine so kurze Dauer, daß er der Aufmerksamkeit der Umgebung entging.

Die höchste beobachtete Temperatur betrug 41,9° und handelte es sich um eine 32 jährige Frau mit schweren Erscheinungen, welche aber am fünften Krankheitstage fieberfrei wurde.

Stomatitis war keine allzuhäufige Erscheinung, doch war dieselbe in einigen Fällen sehr schwer; meist wurden ulzerös-diphtheroide Formen beobachtet; in einem Falle trat Noma auf und war das Ende rasch ein tödliches. Kein Fall, der rechtzeitig in Behandlung trat und bei welchem, außer einer flüssigen Kost auch eine rationelle Mundpflege durchgeführt werden konnte, komplizierte sich mit Stomatitis, so daß man diesbezüglich die Patienten genau überwachen muß.

In fast allen Fällen war Bronchitis, in sehr vielen Bronchopneumonie aufgetreten. Meist traten dieselben am 7.—9. Krankheitstage auf, ja es wurde auch beobachtet, daß Kranke bereits seit 24 bis 36 Stunden fieberfrei waren und dann unter Schüttelfrost, Fieber, Husten und Dyspnöe an Pneumonie erkrankten. Dieselbe hatte meist einen unregelmäßigen und langen Verlauf. Bei 4 Kranken hatte sich auf Grund dieser Komplikation Tuberkulose entwickelt.

In einem der von P. beobachteten Fälle hatten sich die Masern mit Vulvargangrän kompliziert und endete derselbe, ein 4 jähriges Mädchen betreffend, tödlich.

Bekanntlich ist die Mittelohrentzündung eine der häufigsten Komplikationen der Morbillen und auch in der vom Verf. beobachteten Epidemie konnte dies festgestellt werden. Dieselbe entwickelt sich

ohne stürmische Erscheinungen, oft ohne jedwede Schmerzen, und man kann dann unverhofft von schweren Komplikationen überrascht werden.

In seltenen Fällen nehmen die Masern einen schweren, rasch mit dem Tode endenden Verlauf, derart, daß man sie als toxisch bezeichnen muß. In allen diesen Fällen ist der Ausschlag ein sehr mäßiger, so daß die Kranken eher blaß aussehen, das Fieber ist nicht hoch und es fehlt jegliche Komplikation. Nichtsdestoweniger besteht ein Zustand von tiefer Schwäche und außerordentlicher intellektueller Torpidität. Ein derartig erkranktes Kind war bereits in Rekonvaleszenz, als es plötzlich starb, doch wurde bei der Sektion nichts am Herzen und keinerlei sonstige Organveränderungen gefunden, so daß als Todesursache eine Herzlähmung, beruhend auf toxischen Einflüssen, angenommen werden mußte.

P. konnte auch einen Fall von Rezidiv beobachten: 13 Tage nach vollständiger Entfieberung trat von neuem trockener Husten, Schnupfen, Konjunktivitis, Fieber und charakteristisches Masernexanthem auf, um nach weiteren 4 Tagen vollkommen zu verschwinden.

E. Toff (Braila).

L. Guinon und **H. Pater,** Deux cas de paralysie diphthérique; action du sérum de Roux. (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. 1906. Nr. 208. S. 282.) Es wurde von mehreren Autoren, wie Comby, Mournier, Marfan, Chambon u. a. die Behauptung aufgestellt, daß das antidiphtherische Serum ein gutes Heilmittel für postdiphtherische Lähmungen sei. Demgegenüber teilen die Verff. die Krankengeschichte zweier Fälle mit, von welchen der eine unter postdiphtherischen Lähmungserscheinungen tödlich endete, trotzdem mehrfach und in größerer Menge Serum eingespritzt worden war, während der andere in Heilung ausging, obwohl fast gar keine Behandlung gegen die Lähmung vorgenommen wurde. Im ersteren Falle wurde gleich bei Auftritt der Diphtherie in reichlicher Menge und zu wiederholten Malen Serum eingespritzt, ohne hierdurch das spätere Auftreten schwerster Lähmungserscheinungen hintanhalten zu können. Selbstverständlich kann aus zwei vereinzelten Fällen kein bindender Schluß mit Bezug auf die Frage der postdiphtherischen Paralysien und ihrer Behandlung gezogen werden, doch sind dieselben interessant und für die Beurteilung der Frage von Wichtigkeit. E. Toff (Braila).

Et. David (Limoges), Le lymphatisme qu'on n'envoie pas au bord de la mer. (La Province médicale. 1906. Nr. 11.) Eine auch unter den Ärzten viel verbreitete Ansicht ist die, daß bei lymphatischen Kindern die besten therapeutischen Resultate durch den Aufenthalt an den Meeresküsten erzielt werden können. Diesbezüglich muß bemerkt werden, daß die sogen. irritablen Lymphatiker das Meeresklima nicht vertragen. Es sind dies meist zart gebaute, nervöse, arthritisch belastete Kinder mit großen Mandeln und adenoiden Vegetationen, welche über die lymphatische Natur des Zustandes keinen Zweifel lassen. Oder solche, die auch Charaktere von Rachitismus darbieten und im allgemeinen leicht erregbar sind. Alle diese werden unter der Einwirkung des maritimen Klimas noch mehr er-

regt, schlaflos und können auch abendliche Temperatursteigerungen darbieten. Diese Patienten vertragen auch warme Meerbäder nicht, da auch der Meereswind auf sie ungünstig einwirkt.

Eine weitere Kontraindikation für den Aufenthalt an der Meeresküste bilden chronische Nasenrachenkatarrhe und Bronchitiden, welche am Meeresstrande verschlimmert werden. Ferner sollen jene Lymphatiker nicht an das Meer gesendet werden, welche chronische Eiterungen, wie z. B. eitrige Mittelohrentzündungen darbieten, und jene mit Augenaffektionen: Keratitis, Konjunktivitis, Blepharitis, auf welche der Dünensand in ungünstigster Weise einwirken kann.

Diese verschiedenen Kategorien von infantilen Kranken zeigen aber außerordentliche Besserungen unter saliner Behandlung und sollen daher mit kochsalzhaltigen Quellen behandelt werden.

E. Toff (Braila).

Robert Leroux, Le torticolis d'origine otique. (La presse médicale. 1906. Nr. 62.) Man beobachtet oft im Verlaufe eitriger Entzündungen des Ohres die Entwicklung eines Schiefhalses, den man aber meist wenig beachtet und als Reflexionserscheinung ansieht. Zahlreiche klinische Beobachtungen haben aber erwiesen, daß dieses Symptom von Wichtigkeit ist und oft als das erste im Laufe einer Ohrenerkrankung erscheint. Es handelt sich in diesen Fällen wahrscheinlich um eine Neuritis des Spinalnerven, und konnte L. auch weitere Folgen dieser Erkrankung — Schmerzen, Kontrakturen, Lähmung, Atrophie — bei zwei seiner Kranken feststellen.

Was die Ursache einer derartigen Neuritis anbetrifft, so handelt es sich meistens um eine eitrige Mittelohrentzündung, ferner sind es Eiterungen des Proc. mastoideus, welche in die Zervikalgegend durchbrechen können, indem sie die innere Lamelle des Knochens eindringen. Der Eiter breitet sich längs der Scheide der Arteria occipitalis aus, gelangt zum Querfortsatze des Atlas und zum Spinalnerven, den er reizt.

Auch Drüsenvereiterungen, namentlich im Kindesalter, können zu ähnlichen Erscheinungen führen. Im Laufe einer Mittelohrentzündung oder einer Mastoiditis können die Drüsen, die in der Nachbarschaft des Nervus spinalis sich befinden, entzündlich anschwellen, vereitern und durch Reizung und Kompression des Nerven zur Entwicklung einer Tortikollis Veranlassung geben. Endlich kann man, falls man keine der erwähnten Erkrankungen feststellen kann, bei Bestehen einer Tortikollis eine Thrombophlebitis der Jugularvene als Ursache desselben annehmen.

Wenn also die Gelegenheitsursachen der in Rede stehenden Erkrankung mannigfacher Natur sind, so kann doch gesagt werden, daß die Erkrankungen des Ohres und namentlich die eitrigen Entzündungen des Mittelohres in der Entwicklung derselben eine wichtige Rolle spielen und daß man die praktische Regel aufstellen muß, daß jeder Schiefhals zur genauen Untersuchung des Ohres führen muß.

E. Toff (Braila).

Ed. Chaumet, Recherches sur la croissance des enfants des écoles de Paris et des crèches-dispensaires et consultations externes des hôpitaux. (Thèse de Paris. 1906.) Der

Verf. hat Wachstumsuntersuchungen an 4400 gesunden Kindern angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Bei der Geburt ist die mittlere Größe der Knaben jener der Mädchen überlegen, wird aber zwischen 11 und 14 Jahren geringer als letztere, um dann wieder die anfängliche Superiorität zu erlangen.

Das mittlere Gewicht der Knaben übertrifft, von der Geburt angefangen, jenes der Mädchen, wird dann geringer mit 8 Jahren, erreicht die relativ kleinste Ziffer mit 12—13 Jahreu und beginnt mit 15 Jahren wieder anzusteigen, um dasjenige der Mädchen zu übertreffen. Diese Unterschiede stehen wahrscheinlich in Verbindung mit dem Eintritte der Pubertät, welcher beim Mädchen viel früher stattfindet.

Das jährliche Wachstum ist bei beiden Geschlechtern ziemlich gleich; dasselbe ist während der ersten Jahre relativ sehr groß, sinkt dann später allmählich ab, zeigt einen raschen Anstieg während der Pubertät, um dann wieder in stetiger Weise abzufallen, doch geschieht dies keineswegs in regelmäßiger Weise.

Die jährliche Zunahme des Körpergewichts verringert sich von der Geburt bis zum dritten Lebensjahre, steigt dann in unregelmäßiger Weise mit einer raschen Erhöhung während der Pubertät.

E. Toff (Braila).

J. Fouchon-Lapeyrade, Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie. (Thèse de Paris. 1906.) Die Diagnose und Therapie der tuberkulösen Koxitis haben in der radiographischen Untersuchung ein wichtiges Hilfsmittel, deren Benutzung in allen einschlägigen Fällen zu empfehlen ist. In therapeutischer Beziehung zeigt das radiographische Bild den Sitz der Erkrankung in genauer Weise, was namentlich für die Vornahme der von Calot empfohlenen tiefen Einspritzungen von Vorteil ist. Letztere bestehen aus: Jodoform 10,0 g, Kreosot und Guajacol āā 2,0 g, Naphtolum camphoratum 5,0 g, Äther 12,0 g und Ol. olivar. sterilisat 100,0 g. Die mit den serienweise vorzunehmenden Einspritzungen erzielten Erfolge sind sehr zufriedenstellende. Chirurgische Eingriffe sollen nur ausnahmsweise vorgenommen werden.

Der Verf. hat seine Beobachtungen in Berck-sur-Mer gemacht und hat dort Gelegenheit gehabt, zahlreiche Radiographien auszuführen, die seine Arbeit in interessanter Weise illustrieren. E. Toff (Braila).

A. Bezançon, Conformations thoraciques chez les tuberculeux. (Thèse de Paris. 1906). Der Verf. hat in zahlreichen Fällen die Form, den Umfang und die sonstigen Dimensionen der Brust bei Tuberkulösen untersucht und ist zu dem Schluß gelangt, daß es eine paralytische Brust gibt, welche zur Erwerbung von Tuberkulose prädisponiert. Der Brustumfang zeigt bei Tuberkulösen schon in den ersten Stadien eine geringere Entwicklung und, falls die Krankheit einseitig ist, so ist der Perimeter auf dieser Seite immer erheblich kleiner. Beachtenswert ist, daß bei paralytischem Thorax hauptsächlich der sagittale Durchmesser verkleinert ist, während der quere und senkrechte normal sein können. Der epigastrische Winkel und die Entfernung zwischen den Brustwarzen sind erheblich kleiner, als unter normalen Verhältnissen.

Die verschiedenen Thoraxformen bei Tuberkulösen können in zwei große Gruppen eingereiht werden: 1. der platte Brustkorb, welcher meist der fibro-kaseösen Form der Tuberkulose angehört, und 2. der kugelige Brustkorb, welcher für die emphysematöse Form der Tuberkulose charakteristisch ist, und zwar mit Tuberkulose der einen Seite und Emphysem der anderen, oder Tuberkulose der Lungenspitzen und Emphysem der Basis. Den unterliegenden Partien der Lunge entsprechend, nimmt auch der Brustkasten verschiedene Formen an, zeigt Einsenkungen oder Vorwölbungen. E. Toff (Braila).

Fage und **Huchet**, Sur un cas de rhumatisme cervical chez un enfant. (Progrès médical. 1906. Nr. 42.) Verff. beobachteten im Hospital Herold, auf der Abteilung von Barbier, einen sehr bemerkenswerten Fall von Rheumatismus der Wirbelsäule — den Ausdruck im Sinne eines Schmerzphänomens gebraucht, nicht hinsichtlich der Natur und Pathogenese desselben. Ausgezeichnet ist der Krankheitsfall 1. durch die lange Dauer der Schmerzphänomene (ca. 1 Monat), die später völlig verschwanden, 2. durch das Vorhandensein von kardialen Störungen, deren Beginn nicht genau zu bestimmen war, 3. durch Anfälle von paroxysmaler Tachykardie mit heftiger Präkordialangst, die den Schmerzkrisen vorausgingen und sich anfänglich 5—6 mal in 24 Stunden wiederholten. Diese Anfälle verschwanden nach 1 monatigem Krankenhausaufenthalt, um allerdings in vermindertem Grad wiederzukehren. Die Diagnose war nicht leicht und hatte sogar mehrere Wochen lang zu einem Irrtum Anlaß gegeben. In der auch von chirurgischer Seite befürworteten Annahme eines Malum Pottii wurde der 9 jährige Knabe orthopädisch behandelt. Einen Monat nach dem völligen Verschwinden der zervikalen Schmerzphänomene konnte die Autopsie gemacht werden, die komplette Veränderungen an Herz und großen Gefäßen und den andern inneren Organen ergab, dagegen die völlige Intaktheit der Halswirbelsäule, der Gelenkverbindungen und die (makroskopische) Unversehrtheit der Nerven an ihren Austrittsstellen nachwies. Eine histologische Untersuchung ist allerdings versäumt worden. — Der Knabe kam am 6. November 1905 in das Hospital mit der Klage über heftigen Schmerz in der Halsregion, der anscheinend bestimmt in die Wirbelsäule lokalisiert wurde. Die Anamnese ist ohne bemerkenswerte Daten, eine 3 Jahre zuvor im Krankenhaus behandelte Bronchitis war für beginnende Tuberkulose gehalten worden. Die Aufmerksamkeit des Kranken erregten zuerst Anfälle von Tachykardie im Juli 1905, die den Schmerzen in der Halsregion vorausgingen; vor letzteren waren beide Kniee, ohne Erguß und Schwellung dabei, Sitz vorübergehender Schmerzen. Später traten auch abends beim Hinlegen des Kopfes vage Schmerzen im Nacken auf und die Bewegungen in der Halswirbelsäule wurden so schmerzhaft, daß der Knabe den Kopf fest zwischen den Händen immobilisierte. Bald wurden die Schmerzen kontinuierlich, dumpf, durch jede Bewegung, jede Lageveränderung gesteigert. Dabei Verminderung des Appetits und Abmagerung, Schlaflosigkeit. Auf Druck Schmerzsteigerung im Niveau der ersten Halswirbel, dasselbe auch bei Druck auf den Kopf und bei Bewegungs-

versuchen desselben. Die Untersuchung des Pharynx ergibt nirgends eine Prominenz, sie steigert aber die Schmerzen. Die Muskeln scheinen daran nicht teilzunehmen, im Verlaufe der Kopfnickermuskeln geringe Lymphdrüsenschwellung, Perkussionsschall in der rechten Fossa subclavicularis abgeschwächt, Herz sehr groß: Spitze sehr weit nach außen vor der Mammillarlinie im 6. Sp. i. c. An der Basis ein diastolisches Geräusch, das sich längs des rechten Sternalrandes sehr deutlich weiterverfolgen läßt. Im Niveau des Truncus brachio-cephalicus und der linken Carotis ein lauter, trillerartiger Ton. Puls hüpfend und leicht unterdrückbar. Arteriendruck 17 mm, Temperatur 38,5. Über den ganzen Körper erstreckt sich ein Erythem mit Urtikariaeffloreszenzen, das einem Arzneixanthem gleicht. — Die Schmerzen schienen sich unter der Einwirkung der von chirurgischer Seite vorgeschlagenen Extension des Kopfes ein wenig zu beruhigen, als am 13. November, 2 Tage nach Beginn der Behandlung, zu wiederholten Malen am Tage von tachykardischen Anfällen mit äußerstem Angstgefühl befallen wurde, Abnahme des Apparats. Der Kranke bäumt sich auf, er wird bleich, ringt nach Luft, Puls 160. Am Herzen nur unregelmäßige Geräusche hörbar. Nach 3—4 Minuten ist alles vorbei, vom 13.—20. Wiederholung der Krisen in gleicher Heftigkeit und Frequenz, um allmählich nachzulassen, um am 24. November ganz aufzuhören. Allmählich bessern sich die Schmerzen, am 3. Januar 1906 ist die Wirbelsäule schmerzfrei. Der Kranke steht auf und spielt. Am 5. Januar Beginn einer zur Perforation führenden Otitis media dextra. Am 21. Februar kommt das Kind ohne jedes Schmerzphänomen als Rekonvaleszent in das Hospital Saint-Lewis, von wo es am 28. wegen eines tachykardischen Anfalles zurückkommt. Bis zum 13. März bleibt es bei diesen, allerdings jetzt weniger häufigen und weniger starken Anfällen. Appetit sehr gering, der Kranke matt. Am 20. März konstatiert man eine Vergrößerung der empfindlichen Leber und einen geringen peritonealen Erguß, Puls 120, Arteriendruck 13. Am 25. März ist die Tachykardie permanent. Am 1. April Verschlimmerung des Zustandes, Urin reich an Phosphaten. Am 5. April von Zeit zu Zeit Hustenanfälle mit schleimig-eitriger Expektoration, Temperatur zwischen 37,5 und 38,8. Auf der Haut von Bauch und Brust auf Druck verschwindende papulöse Flecke vom Aussehen einer Roseola, keine Diarrhöe, keine Diazoreaktion, kein Widal. Am 7. April disseminiertes Rasseln auf beiden Lungen, blutig-schaumiges Sputum. Tod am gleichen Tage. Autopsie: Zervikalnerven an der Austrittsstelle makroskopisch völlig intakt, die Wirbel um ihre Gelenke ebenfalls. Herz: Symphysis pericardii der Vorder- und Hinterwand. Herz selbst abnorm, schlaff, von braunroter Farbe, auf der Oberfläche Pseudomembranen, rechter Ventrikel stark erweitert, der linke in der Höhe der Mitralis, Endocarditis ulcero-vegetans. Im rechten Herzohr ein großes Gerinnsel. Aorta atheromatös, die Klappen ganz schlußunfähig, verdickt, atheromatös. Keine Tuberkulose, keine tracheo-bronchiale Adenopathie. — Demnach erscheinen die von dem Kranken in der Halswirbelsäule empfundenen Schmerzen nichts weiter gewesen zu sein als eine Episode im Verlaufe eines infektiösen Prozesses, der seinen Angriff auf das Herz, auf die

zervikalen Gelenkverbindungen oder Nerven, auf das Ohr und endlich auf die Haut gerichtet hat. Genau ist allerdings der Beginn all dieser Erscheinungen nicht bestimmbar. Die tachykardischen Anfälle scheinen jedoch das Initialsymptom gewesen zu sein. Die Pathogenese dieser während 9 Monaten sich folgenden Erscheinungen ist den Verff. unklar.

H. Netter (Pforzheim).

John Muir, Eight Generations of Haemophilia in South Africa. (South African medical Record. 25. Oktober 1906. Vol. IV. Nr. 19.) Zur Widerlegung der von anderer Seite aufgestellten Behauptung, daß die Hämophilie in der Kapkolonie eine ganz ungewöhnlich seltene Krankheit sei, gibt M. die interessante Geschichte einer Familie wieder, in der während drei Jahrhunderten Hämophilie in direkter Linie heimisch war. Daß die Krankheit schon vorher in der betreffenden Familie herrschte, nimmt Verf. als wahrscheinlich an, der erste, sichere Fall jedoch betrifft den 1783 in der Kapkolonie geborenen Pieter Willem C., der 1852 einer Epistaxis erlag, 69 Jahre alt. Ob die männliche oder weibliche Linie des Hauses der Träger dieser Erbschaft war, vermag Verf. nicht mitzuteilen. Von diesem P. W. C. stammten 4 Töchter und 5 Söhne. Die letzteren waren gesund, d. h. sie starben nicht an Hämophilie. 2 von den 4 Töchtern hatten gesunde Kinder (die dritte Generation), aber von den beiden andern ging eine hämophile Linie mit zahlreichen nachfolgenden Fällen aus. Eine dieser beiden Schwestern hatte 4 Söhne; 3 von diesen starben an ihrer Hämophilie, und der 4., Pieter Willem de B., starb ebenfalls an einer Blutung von einem Beilhieb, die einen Monat gedauert hatte. Von diesem P. W. d. B. stammten 2 Töchter und 6 Söhne (die vierte Generation). Die 6 Söhne waren gesund. Eine von den beiden Töchtern, Elsie, verlor ihre beiden einzigen Söhne (die fünfte Generation) an Blutungen. Ihre Schwester Maria setzte die direkte hämophile Linie noch weiter fort. Sie hatte 7 Söhne und 5 Töchter. Ein Sohn erlag als kleines Kind einer Zahnfleischblutung am 9. Tag. 4 von ihren 5 Töchtern heirateten, alle gebaren hämophile Kinder (die sechste Generation).

1. Die erste von den 4 verheirateten Töchtern, Mrs. J., hatte 7 Söhne und 9 Töchter. 2 von den Knaben starben an einer Blutung, der eine am 9. Tag, an einer fast unsichtbaren selbst beigebrachten Wunde am Kopf. 1 Jahr vor seinem Tod hatte er eine schwere Blutung von einer Zahnfleischwunde, entstanden beim Essen von mehlbestreuten Maiskörnern. Damals aber war er dem Tode nahe. Der zweite Sohn erlag, 2 Jahre alt, am 5. Tag einer Blutung, er hatte sich mit einem Zahn an den Bettpfosten gestoßen.

2. Mrs. E. hatte 10 Kinder, eins erlag einer Blutung, ein anderes hatte schwere Blutungen und bekam leicht Beulen.

3. Mrs. A., die dritte Tochter hatte 20 Kinder, 13 Knaben und 7 Töchter. 3 Knaben starben, der eine in 13 Stunden an einer Blutung von einem „Abszeß“, der geöffnet wurde; der zweite in 10 Tagen, er hatte sich mit der Ferse an einer Haue gestoßen. Der dritte hatte einen Abszeß an der Stelle einer alten Fraktur, die vom Arzt gespalten wurde. Er starb in 24 Stunden, 1896. Die Knaben

standen im Alter von 2, 7 und 28 Jahren. Ein viertes Kind hatte eine schwere, 10 Tage dauernde Lippenblutung. Dieser und einige von den anderen Fällen standen die ganze Zeit unter ärztlicher Aufsicht, die Blutungen konnten nicht beherrscht werden. Einige andere Kinder starben sehr jung, ohne daß die Eltern die Ursache anzugeben vermochten. Die anderen sind gesund und Verf. hat, bevor und nachdem er von der hämophilen Diathese in der Familie erfahren hatte, einigen von ihnen ohne Schaden Zähne extrahiert.

4. Die vierte Tochter, Mrs. M., hat 4 Kinder, lauter Söhne, 2 Bluter. Der eine, ein 25jähr. Mann, hatte von einem Sturz vom Pferd eine mächtige fluktuierende Schwellung über dem schmerzhaften Hüftgelenk. Verf., in der Annahme eines Abszesses, wollte zur Operation schreiten, erfuhr aber noch von der alarmierten Mutter bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal überhaupt von der Zugehörigkeit ihres Sohnes zu den „bleeding people." Die gleichwohl vorgenommene Punktion ergab ein enormes Hämatom, der Eingriff verlief ohne Zwischenfall, nach einem Monat völlige Restitutio ad integrum.

Von der achten, jüngsten Generation, macht Verf. folgende Angaben:

a) Mrs. J.s Tochter, Mrs. C. B. hatte, als sie ihr drittes Kind zum Verf., wegen einer seit 10 Tagen dauernden Blutung aus einer Lippenwunde brachte, bereits 2 Kinder verloren, ein 13 Monate altes Kind, das einer Blutung aus einer Schramme an dem Oberlippen-Fenulum nach einem Fall nach 5 Tagen erlegen war, während ein zweites Kind bald nach der Geburt an einer furchtbaren Darmblutung zugrunde gegangen war. Adrenalin-Wattetampons brachten die Blutung bei dem dritten Kind in 5 Minuten zum Stehen und von den Eltern wurden ohne Unterbrechung Tag und Nacht Ferropyin-Kompressen appliziert, „wie in den alten Tagen der Kompressionsbehandlung von Aneurysmen mit Hilfe sich stets ablösender Studenten". Zur Zeit der Abfassung ist das Kind immer noch gesund (seit 25. Februar 1906). Verf. bemerkt ausdrücklich, daß er Gelatine weder innerlich noch subkutan gegeben habe. — Eine andere Tochter von Mrs. J. hat 2 Knaben — Bluter.

b) Mrs. E. hat eine verheiratete Tochter mit einem Sohn — Bluter.

c) Mrs. A. hat 3 verheiratete Töchter mit Söhnen. Die erste, Mrs. J. C. hat einen einzigen Sohn, Bluter.

Die zweite, Mrs. J. van S., verlor einen Sohn an einer Blutung von einer unbedeutenden Fingerverletzung; ein zweiter Sohn ist Bluter, die andern Söhne sind gesund. Die dritte, Mrs. B., hat einen gesunden Sohn.

d) Mrs. M. hat bis jetzt noch keine Bluter unter ihren Enkelkindern.

Verf. bemerkt zum Schluß, daß er in erster Linie die letalen Fälle berücksichtigt habe, und daß er nicht im mindesten daran zweifelt, daß es noch andere gibt, die entschieden Bluter sind, die entweder an anderen Krankheiten gestorben sind oder sich vielleicht noch am Leben befinden. Überdies, fährt er fort, beschränkte sich seine Darstellung nur auf diesen einen Zweig der Familie. Würden

erst noch die anderen hinzugerechnet, „welch ein enormer Verlust an Leben in Südafrika, die Hämophilie hat mehr Leben gefordert und mehr Glück ruiniert als manches Gefecht unserer Geschichte. Und trotz aller Lehren der Vergangenheit und des Augenblicks in die Zukunft — die jungen Männer zögerten nicht, sich mit den Töchtern dieser Rasse zu verheiraten.“ H. Netter (Pforzheim).

A. Brown Kelly, Die diffuse hyperplastische Laryngitis und Pharyngitis der angeborenen Syphilis. (Glasgow med. Journal. November 1906.) Die verschiedenen Formen der pharyngealen oder laryngealen Hyperplasie bei der Syphilis hereditaria tarda können in folgender Weise klassifiziert werden:

1. Hyperplasie zusammen mit Ulzeration, oft Verdickung um die Ulzerationen oder Narben.

2. Hypertrophische Granulationen und papilläre Exkreszenzen mit oder ohne Ulzerationen; dieser Befund oft an der Epiglottis, an Lupus erinnernd.

3. Hyperplasie in Form von Tumor.

4. Diffuse hyperplastische Infiltration.

Ein 7jähriger Knabe hat eine sehr geräuschvolle Atmung, besonders nachts; sprach undeutlich, bei klarer Stimme; einigemal leichtes Nasenbluten; kein Halsweh und keine Dysphagie. Gut entwickeltes Kind, aber mager und bleich, mit lebhafter, bei der Inspektion stridoröser Atmung. Im Pharynx ist das Zäpfchen und die mittlere Partie des Gaumensegels gleichmäßig, ohne Ulzeration verdickt. Die Aryknorpel bilden blasse, glatte und breite, einander genäherte Massen, die nur wenig bei der Phonation oder tiefer Inspiration auseinandergehen. Die obere Larynxapertur war auf eine kleine dreieckige Öffnung reduziert, die eine Inspektion der darunter liegenden Regionen nicht gestattete. Keine syphilitischen Stigmata. Gleichwohl wird die Pharynx- und Larynxaffektion für syphilitischer Natur gehalten.

Der Vater hat Syphilis gehabt, die Mutter nicht, jedoch zwei Aborte, und von 8 Kindern sind 5 im frühesten Alter gestorben. Alle hatten im Alter von wenigen Wochen Hauteruptionen (Pemphigus). Als Säugling bekam der Patient Quecksilbereinreibungen und war seit dem 6. Lebensmonat bis zum Auftreten der Kehlkopferscheinungen gesund geblieben. Nun wurden die Einreibungen wieder aufgenommen und außerdem Jodkali gegeben. Der Allgemeinzustand besserte sich, die Respiration wurde weniger geräuschvoll. Nach 6 Monaten war die Atmung frei, die Gaumeninfiltration geringer, der Kehlkopfeingang war freier, aber eine beträchtliche Stenose besteht gleichwohl. Nach 2 Jahren war darin keine Veränderung eingetreten. Die Hauptzüge des Falles sind: das gleichmäßige, symmetrische Verhalten der Infiltration, das Fehlen von Ulzeration, die Neigung der infiltrierten Partie zu ödematöser Anschwellung, wodurch es zu mehr oder minder starker Stenose kommt, und endlich das Persistieren der Hyperplasie trotz antisyphilitischer Behandlung.

J. N. Mackenzie hat drei hierhergehörige Fälle beschrieben bei größeren Kindern, wo pharyngeale Ulzerationen mit Hypertrophie der Epiglottis, der aryepiglottischen Falten, der Taschenbänder ohne

Ulzerationen oder Narbenbildung im Kehlkopf. Unter der Behandlung kam es zur Vernarbung der Ulzerationen, aber die Hyperplasie blieb bestehen. Bei dem ersten Kranken, einem 15 jährigen Knaben, bestand eine Ulzeration der Zunge, Zerstörung der Uvula und Gaumensegel; die Schleimhaut des Kehlkopfes war gleichmäßig hypertrophisch, die Stimmbänder geschwollen und hyperämisch; durch Jod trat sehr schnell Besserung ein. Ein von Jakob beschriebenes, 15 Tage altes Kind zeigt die Erscheinungen der Syphilis; im 5. Monat Husten und Heiserkeit, Stenose, Tracheotomie, Tod. Autopsie: Stenose der Subglottis durch Hypertrophie der Schleimhaut auf 2 cm Länge (bindegewebige Infiltration, glanduläre Hypertrophie) keine Ulzerationen. Ein $3^1/_2$ Jahren altes, von Eröß beschriebenes Kind hatte ebenfalls diese Schleimhauthypertrophie des ganzen Kehlkopfes, ebenso ein $5^1/_2$ Jahre altes, von Compaire beschriebenes Kind. H. Netter (Pforzheim).

B. Morpurgo, Experimentelle Studien über Osteomalacie und Rachitis. (Arch. per le scienze mediche. 1907. Bd. XXXI. Heft 1.) Die nicht nur beim Menschen, sondern auch bei einer großen Zahl von Tieren, besonders bei fast all unsern Haustieren vorkommende Rachitis, ist nach der Ansicht der meisten Forscher alimentären Ursprungs: gewisse Tatsachen jedoch legten den Gedanken an einen infektiösen Ursprung nahe, u. a. die Beobachtung veritabler Epidemien von Rachitis bei gewissen Tierspezies, ein Argument übrigens, das ebenso leicht zugunsten der Annahme eines alimentären Ursprungs sich verwerten läßt. Um so beachtenswerter sind die Beobachtungen von M., die eine der Osteomalacie sich nähernde epidemische Affektion betreffen. M. hatte in seinem Laboratorium eine große Zahl weißer, zu andern Experimenten bestimmter und in mehreren Käfigen eingeschlossener Ratten. In einem derselben sah er eine Epidemie von „Osteomalacie“ sich entwickeln, die eine größere Zahl von Tieren ergriff, während die Tiere der andern Käfige, obwohl in gleicher Weise ernährt, absolut frei blieben. Im Rückenmark dieser Tiere will M. nun einen, äußerlich einen Diplococcus oder tetradischen Mikroorganismus darstellenden Mikroben gefunden haben, der innerhalb 4 Tagen auf Gelatine wächst: bei einem der sezierten Tiere fand sich dieser Mikrob auch in der Milz, Leber, den Nieren und Knochen. Die subkutane Verimpfung ergab nun 187 mal auf 300 positive Resultate: bei den ausgewachsenen Tieren entwickelte sich eine Affektion von dem Charakter der Osteomalacie und bei den Neugeborenen eine der Rachitis ähnliche. Bei einer gewissen Zahl scheinbar gesunder Tiere fand er histologische Veränderungen an den Knochen, was daran denken läßt, daß es sich in diesen Fällen um leichte Osteomalacie handelte, die zur Erzeugung deutlicher Skelettveränderungen nicht ausreichte. Der Prozentsatz der positiven Resultate erscheint relativ hoch, wenn man besonders die Tatsache in Betracht zieht, daß eine gewisse Zahl neugeborener Tiere schnell einging. Die ersten Inokulationen und diejenigen der ersten Passagen sollten besonders in sehr starker Proportion erfolgreich gewesen sein, während mit den nachfolgenden Passagen die Virulenz des Keimes sich allmählich abzuschwächen schien. Interessant ist die Tatsache, daß unter den von den geimpften Tieren stammenden Ratten eine gewisse Zahl spontan

rachitisch wurden und die in ihren Knochen gefundenen Mikroben auf andere Tiere weiterverimpft, bei letzteren bald Rachitis, bald Osteomalacie hervorriefen, je nach dem Alter der Tiere. Danach würde die Annahme naheliegen, daß Rachitis und Osteomalacie eine einzige Krankheit, infektiöser Natur, darstellen: und, was zugunsten der Annahme eine Einheit beider Zustände sprechen würde, ist der weitere Umstand, daß eine gewisse Zahl von Tieren, die in den ersten Tagen geimpft und rachitisch geworden waren, im ausgewachsenen Zustand osteomalacisch wurden. Der supponierte gemeinsame pathogene Keim scheint im übrigen ziemlich wenig virulent zu sein, indem auf die Inokulation von 1—2 Tropfen einer Bouillonkultur eine neugeborene Ratte weder mit einer Allgemeinerkrankung entzündlicher Natur, noch tödlicher Infektion reagierte. Die bei erwachsenen Tieren erzeugten Skelettveränderungen äußerten sich in einer Deviation der Wirbelsäule, in Deformationen der Rippen, die knotig werden, der Schulterblätter, die manchmal perforiert, der Schlüsselbeine, die verkrümmt sind; das Becken wird skoliotisch und im transversalen Durchmesser verkleinert, Femur und Tibia wurden ebenfalls verkrümmt und werden zuweilen der Sitz von spontanen Frakturen; die Konsistenz der Knochen ist stets verringert, nach Maßgabe des Krankheitsstadiums. Histologisch besteht die Hauptläsion in einer Dekalzifikation und Bildung von Lakunen, die mit fibrinösem Gewebe, Blutgefäßen und spärlichen Markzellen gefüllt sind; das zentrale Mark ist durchgehends fettig. Bei den jungen Tieren sind die epiphysären Veränderungen ausgeprägter, und es existiert ein anormaler Prozeß einer endochondralen Ossifikation.

Die initialen Veränderungen der experimentellen Osteomalacie und Rachitis bestehen in einer Erweiterung der Haversschen Kanäle. Zwischen dem Knochenmark und dem Knochenbecken finden sich Osteoblasten in einer Zone homogener, hyaliner, nicht verkalkter Substanz. Das pathogene Agens erzeugt also direkt oder indirekt eine Reizung der Osteoblasten und der dem vaskularisierten Gewebe am meisten benachbarten Knochenzellen, woraus eine Auflösung des Knochengewebes und seine partielle Metaplasie im Bindegewebe hervorgeht. Die Störungen der Ossifikation im Bereich der Bindeknorpel sind analog denen bei der menschlichen Rachitis (anormale Gefäßbildung und Unregelmäßigkeit der Knorpelreihen). Aber die Hauptsache bleibt die Störung in der Kalkverarbeitung in der Umgebung des Knorpels und des Knochens selbst mit teilweiser Umbildung des knöchernen Gewebes im Bindegewebe. H. Netter (Pforzheim).

Z. Capuzzo, Über den Kalkgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit beim kranken Kind. (La Clin. Med. Ital. 1906. Nr. 12.) Es existiert bis jetzt erst eine exakte Angabe über den Kalkgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit (0,112 °/₀ bei einem 6 monatlichen Fötus). Nachdem Stoeltzner den Kalkgehalt der nervösen Zentralorgane mit der spasmophilen Anlage in Verbindung gebracht hat, besitzen methodische Untersuchungen hierüber Interesse. C. hat in 24 Fällen Bestimmungen angestellt. Es ergab sich ein besonders hoher Gehalt bei hochgradiger Rachitis, bis über 40 mg pro 100 ccm Flüssig-

keit. In Fällen, wo spastische Symptome bestanden, wie Meningitis, Hydrozephalus, waren nur dann relativ hohe Werte (20—32 mg), wenn ein mäßiger Fond von Rachitis vorhanden war, während bei fehlender Rachitis andere Werte bis 11 mg herab sich finden. Verf. glaubt, daß bei der hochgradigen spasmophilen Anlage der Rachitischen seine Resultate jedenfalls eher für eine erregende Wirkung des Kalkes sprechen.

M. Kaufmann.

Miserocchi, Beitrag zur Pathologie der Morbillen. (La Pediatria. 1906. Bd. III.) Verf. teilt die während einer großen Masernepidemie in Ravenna gesammelten Erfahrungen mit. Das Koplиksche Zeichen hat er unter 114 Fällen nur 29 mal (39,2%) gefunden. In einem Fall war eine sehr merkwüdige Temperaturkurve auffallend: während der ersten 9 Krankheitstage erhob sich das Fieber nicht über 38,2, am 10. Tage erfolgte ein Abfall auf 36,5°, dem am Tage darauf, während das Exanthem in erster Blüte stand, ein Anstieg auf 40,8° folgte; dann allmählicher Fieberabfall, bis am dritten Tage nach jenem plötzlichen Anstieg völlige Entfieberung erfolgt war. Ferner berichtet Verf. über 5 Fälle von Nephritis. In 3 Fällen waren die Kinder zum zweiten Male an Masern erkrankt.

F.

Gaetano Finizio, Einfluß der Diphtherieinfektion auf den N-Stoffwechsel beim erwachsenen und jugendlichen Tiere. (La Pediatria. 1906. Bd. III.) Mya hatte 1893 auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen behauptet, daß das Protoplasma jugendlicher Individuen in ganz besonders exzessiver Weise auf die Wirkung protoplasmatischer Gifte reagiere. Diese Behauptung war durch Nachuntersuchungen von Gagnoni, Botazzi und Orefici bestätigt worden. Auch aus den vom Verf. an Kaninchen und Meerschweinchen ausgeführten Stoffwechseluntersuchungen geht eine geringere Widerstandsfähigkeit jugendlicher Organismen gegen das diphtherische Gift hervor, so daß auch diese Resultate gegen die alte Theorie von den wirksamen Schutzmitteln, die den Kindern im Kampf gegen Infektionen zu Gebot stehen sollen, spricht.

F.

Luigi Piga, Die Anwendung von „Tachiol“ bei der Behandlung der Gastroenteritis der Kinder. (La Pediatria. 1906. Bd. III.) Verf. hat in einer Anzahl von Fällen des Tachiol in einer Dosis von 1,5 g als ausgezeichnetes Antiseptikum bei akuten und chronischen Gastroenteritiden des Kindesalters bewährt gefunden, sowohl bei Anwendung per os, wie per rectum. Der Allgemeinzustand besserte sich zusehends, das Erbrechen hörte, auch wenn alle anderen Mittel sich als nutzlos erwiesen hatten, gleich am ersten Tage der Anwendung auf. In schweren Fällen nahm die Zahl der Stühle nach 2 oder 3 Tagen progressiv ab. Alle Kinder nahmen das Mittel gern.

F.

Brunazzi, Spontanheilung des Empyem im Kindesalter. La Pediatria. 1906. Bd. IV.) Verf. teilt einen Fall von Spontanheilung eines linksseitigen Streptokokkenempyems bei einem $3^1/_2$ jähr. Knaben mit; die Heilung geschah infolge einfacher Resorption des Eiters, ohne daß ein Durchbruch in die Bronchien stattfand. Verf. warnt davor, aus solchen Fällen die Lehre zu ziehen, daß man im Ver-

trauen auf eine mögliche Spontanheilung sich eines Eingriffes zu enthalten kann. Seiner Erfahrung nach kann man auch in Fällen eitriger Pleuritis in sehr vielen Fällen mit der einfachen Thorakozentese zum Ziel gelangen, wenn man nicht die Geduld verliert und zu früh dem Chirurgen das Feld räumt. F.

J. W. Troitzky, Über die soziale Bedeutung der Oophoritis bei Parotitis. (La Pediatria. 1906. Bd. IV.) Unter 33 Mädchen im Alter von 9—15 Jahren, die an Parotitis erkrankt waren, ließ sich bei 13 eine Lokalisation der Erkrankung an den Ovarien konstatieren. Bei doppelseitiger Parotitis waren beide Ovarien erkrankt; war die Parotitis einseitig, so war es auch die Ovarialerkrankung. Verf. glaubt, daß Sterilität, für die keine andere Ursache auffindbar ist, auf eine Atrophie der Ovarien infolge Oophoritis parotidea zurückzuführen ist. F.

E. Spirt, Die Behandlung der Hämoptoën mit Gelatine auf rektalem Wege. (Spitalul. 1906. Nr. 14.) Der Verf. hat die von Tickel angegebene Methode der Hämoptoëbehandlung mittels intrarektalen Einspritzungen von Gelatinelösung in zwei einschlägigen Fällen angewendet und gute Erfolge erzielt. Das Verfahren ist einfach, leicht durchführbar, und es haftet demselben kein einziger jener Nachteile an, die man bei subkutaner Anwendung von Leimlösung so oft beobachtet. Die betreffende Lösung wird folgendermaßen dargestellt: 50 g Gelatine werden in $1\,{}^1/_4$ l Wasser aufgelöst und bis zur Menge von einem Liter eingekocht; hiervon werden je $^1/_4$ l 3 mal täglich in den Mastdarm eingespritzt. E. Toff (Braila).

M. Manicatide, Über eine spezielle Form von typhösem Fieber. (România medicala. 1907. Nr. 1 u. 2.) Der Verf. beschreibt eine besondere Form von Typhus bei Kindern, welche in der Literatur noch nicht, oder nur in ungenügender Weise erwähnt worden ist, und 26 einschlägige Beobachtungen. Es handelt sich gewöhnlich um Kinder, welche den Eindruck machen, schwer krank zu sein, hohes Fieber (39°, 39,5°) haben, abgeschlagen, somnolent sind, bei Nacht delirieren, eine trockene Zunge mit roten Rändern, mitunter auch Epistaxis darbieten, kurz den Eindruck von schwer Typhuskranken machen. Auf bakteriologischem und seroreaktivem Wege kann Typhus mit Bestimmtheit nachgewiesen werden und trotzdem kann man beobachten, daß die Temperatur nach wenigen, meist 3 bis 7 Tagen in plötzlicher Weise abfällt und Genesung eintritt. Während der Krankheitsperiode ist die Diazoreaktion positiv, ebenso die Agglutinierung im Verhältnisse von $^1/_{50}$—$^1/_{200}$; der Verf. fand Eberthsche Bazillen im Pharynx und im Harne, andererseits war die Untersuchung des Blutes auf Malariaplasmodien in allen Fällen negativ. E. Toff (Braila).

I. D. Ghiulamila (Bukarest), Die Behandlung des pes varoequinus beim Kinde. (România medicala. 1907. Nr. 1 u. 2.) Die nach den heutigen Anschauungen als rationellste Behandlungsmethode erscheinende manuelle Redressierung, ohne eingreifende blutige Operation, mit Ausnahme einer eventuellen Durchschneidung der Achillesferse, ist auch vom Verf. in mehreren Fällen mit sehr gutem Erfolge

angewendet worden. Je früher die Behandlung begonnen wird, desto günstiger sind auch die zu erzielenden Resultate. Komplizierte Apparate sind unnötig, und im allgemeinen muß man daran festhalten, daß durch methodische, wenn auch längere Zeit in Anspruch nehmende Redressierung viel mehr zu erzielen ist, als durch gewaltsame Eingriffe. Anfangs wird nur die falsche Stellung korrigiert, später werden leichte Verbände angelegt und, bei fortschreitender Besserung, der Fuß in einen Gipsverband gelegt. Es ist hierbei von Vorteil eine Hyperkorrektion vorzunehmen, d. h. den Varo-equinus in einen Kalkaneo-valgus zu verwandeln. Ist dies nicht gut möglich, dann ist die Achillesferse zu durchschneiden. Später werden Zelluloidapparate mit Charnieren am Sprunggelenke, die nur die Beugung, aber nicht auch die Streckung gestatten, eventuell auch mit elastischem Zuge versehen, um fehlerhafte Stellungen auszugleichen. Bei Kindern, die bereits gehen, ist es gut, unter dem Kalkaneus eine dicke Watteschicht in den Kontentivverband einzubetten; da der Fuß nicht nach vorne rutschen kann, ist der Absatz genötigt, beim Gehen immer tiefer und tiefer hinunterzusinken, wodurch eine Selbstverbesserung der Varusstellung erzielt wird. Mehrere photographische Abbildungen illustrieren die vom Verf. mit seinen Apparaten und Verbänden erzielten Resultate.

E. Toff (Braila).

Chr. M. F. Sinding-Larsen (Norweger), Beitrag zum Studium der Behandlung der Hüftgelenktuberkulose im Kindesalter. (Nordisk medicinskt Arkiv. Abt. I. 1905. Heft 3 u. 4. Nr. 17 u. 1906. Heft 1. Nr. 1.) Auf ein Material von 103 Fällen aus dem Seehospiz Frederiksvärn gestützt, befürwortet der Verf. eine vermehrte Anwendung operativer Behandlung. Die Abhandlung ist in der deutschen Sprache geschrieben.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Axel Trolle (Däne), Hernia uteri. (Bibliotek for Läger. 1906. Heft 7—8.) Bei einem 3 Monate alten Mädchen entwickelte sich plötzlich ein irreponibler Bruch in der linken Leistengegend. Es wurde Herniotomie gemacht, und der Bruchinhalt bestand aus der normalen, vollständig entwickelten Gebärmutter nebst den rechten Adnexis. Collum uteri lag in dem Inguinalkanal, Fundus uteri neigte gegen das Labium majus, ferner war die Gebärmutter 180° um den linken Uterinrand gedreht. Die das Ligamentum latum bildende Bauchfellduplikatur setzte sich fort und bildete zum Teil den Bruchsack. Der Fall stützt die Anschauung von Linhart, daß Uterinhernien sich dem Bruchsack und dem Peritoneum gegenüber auf dieselbe Weise wie linksseitige Coekalhernien verhalten.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Puig Oriola, Vorzeitige Dentition, (La Medicina de los niños. August 1906.) Das bei der Geburt nur 1,874 kg wiegende, sonst in jeder Beziehung schlecht entwickelte Kind (Größe 42 cm) zeigte neben fast völliger Verknöcherung der Fontanellen 8 Zähne im Unterkiefer (4 incisivi, 2 canini, die 2 ersten Molares); an Stelle der zweiten Molares bestand eine Anschwellung; der Oberkiefer war völlig frei. Das Kind starb am 7. Tage.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 27. Sitzung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Kinderärzte

am 11. November 1906 in Köln.

Siegert (Köln) stellt vor 1. mehrere Fälle von familiärem, sehr weitgehendem, unkompliziertem **Infantilismus**, Alkoholismus und Tuberkulose in der Aszendenz. Geistige Entwicklung nicht entsprechend dem Alter, sondern eher der Körperlänge und der gesamten körperlichen Entwicklung ohne Defekte, nur etwas rückständig. 2. einen Fall von schwerer **Hysterie** bei einem 5jährigen Mädchen mit doppelter **hysterischer Ösophagusstriktur.** Tage absoluter Nichtaufnahme von festen und flüssigen Speisen, auch nicht von Wasser, begleitet von einem Gewichtsverlust z. B. von über 20 % in 3 Tagen, wechseln mit Tagen wahren Heißhungers mit ebenso rascher Gewichtszunahme. Schwerste Hysterie beider Eltern, die mit dem Kinde von Spital zu Spital ziehen. Das auslösende Moment scheint vor etwa 2 Monaten das vorübergehende Steckenbleiben eines Bissens bzw. dadurch bedingter Schmerz gewesen zu sein. Beliebige Eingriffe, z. B. Sondierung des Ösophagus oder des Rektums, der faradische Pinsel, die Röntgendurchleuchtung in einem Spital, heftige Prügel lösen die Aufnahme von abnorm großen Mahlzeiten aus. Für die feinste, steife Sonde allein ist der Ösophagus durchgängig, der auch bei tiefster Narkose bei 19 und weiter bei 22—23 cm je eine Striktur aufweist. Röntgenbilder werden gleichzeitig demonstriert, welche zwischen beiden Strikturen, stärker noch über der oberen Striktur eine Erweiterung des Ösophagus zeigen. Der Fall wird noch eingehend mitgeteilt.

Kaupe (Dortmund). Zur Ätiologie des **Pemphigus neonatorum non lueticus.** 10tägiges Kind zeigt Pemphiguseruptionen, Mutter ebenfalls vesikulöses Exanthem am Rücken und Unterleib, nach ungefähr 9 Tagen ein 3jähriger Bruder Varizellen. K. glaubt, daß Mutter, wie Neugeborenes intra partum durch die Hebamme infiziert seien mit Varizellen. Pacini hält Pemphigus neonatorum für eine Infektionskrankheit vom Typus der Varizellen.

Engel (Düsseldorf). **Über das Verhalten des Lymphgefäßsystems in der Lunge bei septischen Erkrankungen der Lunge und Pleura.** E. machte die Beobachtung, daß bei septischen Prozessen in der Brusthöhle, gleichviel ob sie von dem Lungengewebe oder von der Pleura ausgingen, die regelmäßig im interstitiellen Gewebe sich findende ausgesprochene Lymphangitis, gekennzeichnet durch kleine mit Endothel ausgekleidete Hohlräume, die aufs dichteste mit Eiterzellen und Kokken erfüllt sind, sich strenge auf die Gefäße beschränkt im Gegensatze etwa zu den Lymphangitiden an den Extremitäten, die stets mit einer Perilymphadenitis verbunden sind und oft zu Abszeß und Phlegmone führen. Dies Verhalten des Lymphgefäßsystems in der Lunge ist sicherlich auffällig. In etwa 12 Fällen konnte E. nur einmal bei einem schon sehr weit vorgeschrittenen Prozeß die Entwicklung perilymphangitischer Infiltrationen und hämorrhagisch-pneumonischer Herde beobachten.

Von den Gründen, welche man zur Erklärung heranziehen könnte, läßt sich einer sofort ausschalten. Die Virulenz der Bakterien nämlich spielt bei der Beschränkung der Entzündung auf die Gefäße selbst keine Rolle. So fand E. bei einem Falle von Erisypel der Kopfhaut eines Kindes von 6 Monaten mit sekundärer typischer Lymphangitis der Lunge in der Kopfschwarte überall perivaskuläre Infiltrate, in der Lunge aber war die Gefäßgrenze nirgends überschritten. Zur Erforschung der wirklichen Gründe für die besonderen Eigenschaften des Lymphgefäßsystems der Lunge Bakterien gegenüber, sind entsprechende experimentelle Versuche eingeleitet. Es liegt nahe, daß bakterizide Kräfte der Lunge dabei eine Rolle spielen, Kräfte, welche wahrscheinlich nicht in den Eigentümlichkeiten des Gewebes selbst, sondern in einer Funktion begründet liegen. Mit ihr ist ja bekanntlich eine überaus reichliche Durchblutung des Organs und ein reger Gasaustausch verbunden. Man könnte sich daher vorstellen, daß den im zarten interstitiellen Gewebe gelegenen Lymphgefäßen überall ein Wall in Gestalt des respi-

ratorischen, blutumspülten Parenchyms entgegensteht, der entzündliche Prozesse nur schwer im Interstitium Ausdehnung gewinnen läßt. Dies erklärte u. a. auch den Umstand, daß die Bronchialdrüsen so oft von Tuberkulose befallen gefunden werden. Die in die Lunge allein eingedrungenen Bazillen sind eben, wenn sie erst einmal von den Lymphgefäßen aufgenommen sind, gehindert, diese wieder zu verlassen. Erst wenn sie in den hilären Drüsen angelangt sind, finden sie einen Boden, auf dem sie sich entwickeln können. Voraussetzung wäre dann allerdings, daß beim Erwachsenen nicht ganz analoge Verhältnisse mit Bezug auf das Lymphgefäßsystem vorliegen, und wir haben ja auch in der Tuberkulose Veranlassung eine derartige Ausnahme zu machen.

Demonstrationen von **Photogrammen topographischer Lungenschnitte** nach der Methode von Gregor[1]) angefertigt. Die Präparate demonstrieren die Entwicklung, Ausbreitung und Lokalisation pneumonischer Prozesse beim Säugling. Man erkennt überall die schon von Gregor beschriebene paravertebrale Anordnung. Daß hierbei die schlechtere Entfaltung und Durchlüftung dieser Lungenteile eine Rolle spielt, erkennt man an weiteren Präparaten besonders deutlich. Hier, wo es sich um Sagittalschnitte handelt, sieht man nämlich, daß bei ganz inzipienten Prozessen auch die Stelle der Rippeneindrücke besonders bevorzugt wird, wo ja die Entfaltung des Gewebes sichtlich gehemmt ist im Vergleich zu den nebenangelegenen Parenchymwülsten, welche den nachgiebigen Interkostalräumen entsprechen.

Selter (Solingen) berichtet dann über **Darmerscheinungen**, wie sie nach Impfungen in der Haaner Anstalt auftraten und wie solche im letzten Jahre von Spiegel an derselben Anstalt beobachtet wurden. Das Material wird gesammelt und in extenso darüber berichtet. Rey.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 6. Juni 1907.

Friedjung zeigt ein 4 jähriges Mädchen mit **sekundärer Vakzine** im Gesichte vor. Die Infektion war dadurch zustande gekommen, daß das Kind mit dem zu dieser Zeit geimpften Bruder spielte.

Das Aussehen der auf dem r. Tuber frontale lokalisierten Pustel zeigte alle Charaktere einer gewöhnlichen Impfreaktion.

Jehle demonstriert ein 6 jähriges Mädchen mit durch intradurale **Injektion von Meningokokkenserum geheilter Meningitis cerebrospinalis.**

Das Kind war 2 Tage vor der Aufnahme unter intensiven Kopfschmerzen, Mattigkeit und Erbrechen erkrankt. Bei der Aufnahme bestand deutliche Nackenstarre, Benommenheit. Am dritten Krankheitstage wurde durch Lumbalpunktion 20 ccm eitrige Cerebrospinalflüssigkeit gewonnen, die schon durch einfache mikroskopische Untersuchung nachweisliche Meningokokken enthielt. Anschließend an die Lumbalpunktion erhielt das Kind sofort 20 ccm Meningokokkenserum intradural injiziert. Schon am selben Abend war das Kind viel ruhiger, das Sensorium freier, die Temperatur fiel auf normale Werte.

Da jedoch die Nackenstarre andauerte, auch das Fieber neuerdings anstieg, mußte die Lumbalpunktion und Seruminjektion im weiteren Verlaufe der Erkrankung noch zweimal wiederholt werden. Erst dann trat Heilung ein.

Vortr. tritt daher dafür ein, bei mangelnder Serumwirkung die Injektion zu wiederholen.

Als Nebenbefund erwähnt Vortr., daß am sechsten Krankheitstage am l. Oberschenkel des Kindes ein etwa Handtellerbreite einnehmender Herpes auf-

---

[1]) Gregor, Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde. Kassel 1903.

trat, der in den nächsten Tagen noch rasch an Ausdehnung zunahm. Mikroskopisch waren im Inhalt der Herpesbläschen Meningokokken nachweisbar.

Escherich weist in der Diskussion darauf hin, daß der Befund von Meningokokken im Herpesbläscheninhalt so zu erklären sei, daß dieselben auf dem Wege der Blutzirkulation hierher gelangt seien.

Die Anwendung von Meningokokkenserum (Jochmann, Ruppel) zeige bei leichten und mittelschweren Fällen unweifelhafte Erfolge. Die intradurale Injektion wird sehr gut vertragen.

Schey demonstriert ein einjähriges Brustkind mit **Malaria.** An Symptomen bestehen beträchtliche Anämie, Milztumor, Lebervergrößerung. Der Fiebertypus war ein vollständig irregulärer. Die Diagnose wurde deswegen nahegelegt, da das Kind aus Jaffa — einer Küstenstadt Palästinas — zugereist war. Das Blut zeigte Malariaplasmodien vom Typus der Tertianaparasiten.

v. Pirquet hält seinen Vortrag: **Über diagnostische Impfung mit Tuberkulin.**

Ein schon mit artfremdem Serum behandeltes Individuum zeigt bei zweitmaliger Injektion die Serumkrankheitserscheinungen viel früher als das erstemal. bzw. schon innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Seruminjektion.

Eine ähnliche Frühreaktion findet man bei Revakzinierten. Von diesen Beobachtungen ausgehend bringt Vortr. die Frühreaktion bei Tuberkulösen auf Tuberkulin damit in Analogie. Auch die Tuberkulösen mit Tuberkulin injiziert, reagieren auf diese Injektion binnen 24—48 Stunden. Diese Reaktion zeigt sich in drei Formen:

1. Herdreaktion (Reaktion in der Umgebung des tuberkulösen Herdes);
2. Fieberreaktion (Temperatursteigerung im Anschlusse an die Injektion);
3. Lokale Reaktion (Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle — Stichreaktion nach Escherich).

Statt der bisher üblichen subkutanen Injektion von Tuberkulin verwendet Vortr. die Einimpfung desselben in die Haut nach dem Vorgange bei der Vakzination.

Die Impfung wird mit einer Impfnadel mit meißelförmiger Schneide durch Drehung vorgenommen.

Zuerst setzt man eine Impfwunde mitttels der ausgeglühten Nadel zur Kontrolle ohne Tuberkulin, dann setzt man zwei ebensolche Impfstellen innerhalb zweier nebeneinander auf die Haut gebrachter Tuberkulintropfen. Vortr. verwendet Kochsches Alttuberkulin mit 1 Teil 5 %igen Karbolglycerins und 2 Teilen physiologischer Kochsalzlösung.

Um das Tuberkulin längere Zeit auf die kleine ganz oberflächliche Wunde einwirken zu lassen, werden die Impfstellen für einige Minuten mit einem kleinen Stückchen Watte bedeckt.

(Das Instrumentarium ist bei Dohual & Co. Wien 9. Spitalg. 21, in Berlin im medizinischen Warenhause NW., Karlsstraße, zu haben, es läßt sich auch zur Kuhpockenimpfung verwenden.)

Bei dieser Art der Impfung fallen Herdreaktion und Fieberreaktion weg und es kommt nur zur lokalen Reaktion, welche innerhalb der ersten 24 Stunden, in Ausnahmefällen etwas später auftritt und in der Bildung einer hellroten Papel besteht. Diese hat einen Durchmesser von 5—30 mm und schwillt in wenigen Tagen ab. Selten kommt es zu Bläschen- und Quaddelbildung, niemals zu Geschwürsbildung.

Unter 80 sicheren Tuberkulosen verschiedener Art reagierten 68 positiv, 1 schwach, 11 gar nicht. Letztere betrafen kachektische Individuen, sowie Tuberkulosis miliaris und Meningitis. Solche Unempfindlichkeit gegenüber Tuberkulin findet man auch bei subkutaner Injektion. Die Impfung kann ja auch nicht mehr leisten als die subkutane Injektion, sie ist nur viel einfacher und ungefährlicher, so daß sie von jedem praktischen Arzte ambulatorisch gemacht werden kann.

Da Erwachsene nach Naegeli und Burckhardt in 97 % bzw. 91 % bei Obduktion tuberkulöse Veränderungen aufweisen, so ist zu erwarten, daß Erwachsene viel mehr auf Impfung mit Tuberkulin reagieren, als Kinder, die einen viel geringeren Prozentsatz an Tuberkulose zeigen. In der Tat ist die Reaktion bei Erwachsenen so häufig — die Reaktion zeigt natürlich auch abgelaufene Erkrankungen an — daß sie bei Erwachsenen diagnostisch nicht verwertbar ist.

Um so wichtiger ist ihr Wert bei der Diagnose der Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter.

Vortr. verfügt über eine Anzahl von 700 Impfungen mit Tuberkulin und führt eine Statistik über 360 Fälle an. Der Prozentsatz der Reagierenden beträgt:

Alter	0— 4 Monate	0 %	(52 Fälle)
„	4—12 „	10 „	(61 „)
„	1— 3 Jahre	24 „	(58 „)
„	3— 5 „	37 „	(51 „)
„	5— 8 „	56 „	(60 „)
„	8—14 „	60 „	(78 „)

Vortr. betont das Anschnellen der positiven Reaktion von der vierten zur fünften Gruppe.

Den Hauptwert der Methode erkennt Vortr. in der dadurch gegebenen Möglichkeit einer Prophylaxe der Tuberkulose.

Durch systematische Durchführung der Impfung an den Schulen, Kinderbewahranstalten und Spitälern werde man die Anfangsstadien der Tuberkulose entdecken können und eine Isolierung der tuberkulösen Kinder von den nicht tuberkulösen wenigstens in geschlossenen Anstalten — wenn schon nicht in der Familie — durchführen können.

Als diagnostisches Mittel hat sie vorderhand nur in der ersten Kindheit hohen Wert. Im späteren Kindesalter und noch mehr bei Erwachsenen hat nur das negative Ergebnis der Reaktion Bedeutung.

Vortr. glaubt, daß die Methodik auch zur Diagnose anderer Infektionskrankheiten werde verwendet werden können.

Moser bestätigt in der Diskussion die Befunde des Vortr. an der Hand der in seiner Abteilung vorgenommenen Impfungen.

Escherich weist auf die Bedeutung der Pirquetschen Methode für die Frage der Säuglingstuberkulose und für die Tuberkulose überhaupt hin und betont, daß die Ergebnisse der diagnostischen Impfung bestätigt haben, daß die Tuberkulose im Säuglingsalter selten sei.

Die Technik der Impfung ist ungemein einfach, man erspare die Temperaturmessung, alle unangenehmen Begleiterscheinungen der subkutanen diagnostischen Tuberkulinreaktion fehlen der Methode v. Pirquets. B. Schick (Wien).

IV. Monats-Chronik.

Hamburg. Ein Antrag des Senats betreffend **Einführung schulärztlicher Untersuchungen** an den Volksschulen ist angenommen.

München. Dr. J. Ibrahim, Privatdozent für Kinderheilkunde ist zum leitenden Arzt des Gisela-Kinderspitals gewählt.

Tübingen. Ein **Säuglingshort** ist am 16. Mai eröffnet. Die Kinder sollen höchstens 50 Tage bleiben und später in Familienpflege gegeben werden.

Halle. Die Anstellung eines **Stadtarztes** und eines **Schularztes** ist beschlossen.

Rixdorf. Eine **Säuglingsfürsorgestelle** unter Leitung eines Kinderarztes ist eröffnet. Ärztliche Behandlung kranker Kinder findet nicht statt.

Budapest. Prof. Bókay ist zum ordentlichen Professor ernannt.

Paris. Durch ein Dekret der Regierung vom 29. Mai 1907 ist in Algerien der **Pockenimpfzwang** für alle Kinder des ersten Lebensjahres und der Wiederimpfzwang für alle im 11. und 21. Lebensjahre befindlichen Einwohner, gleichviel welcher Nationalität, eingeführt worden.

— Prof. Dr. Hutinel ist zum Professor der Kinderheilkunde ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Oktober 1907. No. 10.

I. Originalbeiträge.

Neue Präparate zur Behandlung der Erythema und Ekzema intertrigo.

Von

San.-Rat **A. Fürst** (Berlin).

Seitdem an Stelle der bisherigen Antiseptica, wie Karbolsäure und Sublimat, die essigsaure Tonerde einen großen Teil des Terrains sich erobert hat, wendet sich das Interesse der Ärzte, welche sich mit äußerer Therapie und mit Chirurgie beschäftigen, lebhafter diesem Präparate und dem aus ihm hervorgegangenen Varianten zu. Und das hat seinen guten Grund. Denn bei aller Anerkennung der Vorzüge beider genannten Präparate, darf man sich doch nicht verhehlen, daß ihre Nachteile schwer in die Wagschale fallen, ja zum Teil sogar recht bedenklicher Natur sind. Indem wir nämlich die Karbolsäure und ihre Derivate, welche der Phenolgruppe angehören, anwenden, benutzen wir ein Mittel, welches in der bakteriziden Dosis die lebende Zelle angreift und schädigt; seine toxische und ätzende Wirkung läßt sich auch nicht umgehen, weil die Bakterien bei Anwendung geringerer Dosen nur abgeschwächt, aber nicht an ihrer Vermehrung behindert würden. Ähnliches gilt vom Sublimat, dessen Ätz- und Giftwirkung ja schon seit viel längerer Zeit bekannt ist. Nun haben wir zwar in neuerer Zeit durch das Wasserstoffsuperoxyd ein vorzügliches Antiseptikum gewonnen; allein auch dieses ist ja in seiner Anwendbarkeit begrenzt durch seine Nebenwirkungen, welche es auf die Schleimhäute ausübt. Ähnliches gilt von dem Formalin, das man in Gestalt des Formaldehyds zur Sterilisation der Körperhöhlen mit Erfolg angewendet hat, allein nur in gewissen Grenzen, weil beim Überschreiten derselben die Ätzung der Körperzellen und der üble Geruch zu einer Pause nötigt, die man benutzen muß, um derartige Nebenwirkungen erst wieder langsam abklingen zu lassen.

Unter den auf Grund der essigsauren Tonerde entstandenen Verbesserungen hat sich das Alsol bisher noch am besten bewährt und zwar, da die Pulverform schwer löslich ist, die 50%ige Lösung. Zur Großdesinfektion aber dürfte wohl augenblicklich das Roh-Lysoform, ebenfalls eine Lösung, noch mehr geeignet sein, weil es nicht giftig, nicht übelriechend und doch bakterientötend ist. Es desodoriert und

setzt an die Stelle eines widerlichen Fäulnisgeruchs einen nicht üblen, fast aromatischen. Ähnliches gilt von einem Präparate: Festoform. Nennen möchte ich noch als austrocknende Mittel, welche der Weiterentwicklung von Krankheitskeimen einen Riegel vorschieben, das Thioform (Speyer & Grund, Frankfurt a. M.), das Chinosol (Franz Fritsche & Co., Hamburg), das Sozojodol (Trommsdorf, Erfurt) und das Therapogen (Max Döenhardt, Köln, Jülicherstr. 27). Gerade dieses letztgenannte Präparat, mit dem ich eine Anzahl Versuche machen konnte, hat mich wegen seiner Reizlosigkeit, seiner sicher vernichtenden Wirkung pathogener Organismen und wegen seines angenehmen Aromas sehr befriedigt; ich bedauere, daß es die verdiente Verbreitung, wie es scheint, nicht findet. Rastlos gehen indessen die Bestrebungen weiter, die adstringierende Wirkung der essigsauren Tonerde und deren günstigen Einfluß auf entzündliche Dermatosen zu verbessern. Man hat auf diesem Gebiete wieder eine Anzahl neuerer, vollkommenerer Präparate in den Handel gebracht, und unter diesen möchte ich auf Grund eigener Versuche dem schwerlöslichen, aber zum Bestreuen sehr geeigneten Eston (Chem. Werke Fritz Friedländer) besonderen Vorzug zusprechen. Eston ist (nach Saalfeld) basisch $^2/_3$ Aluminiumacetat, bei dem 2 von den 3 Valenzen des Tonerdehydrats durch Essigsäure abgesättigt sind. Es ist ein feines und weißes, indifferentes Pulver, haltbar, reizlos, heilend, ungiftig. In alkalischen Flüssigkeiten (Blut, Eiter) löst es sich langsam. Aus Friedländers Laboratorium sind zwei Präparate hervorgegangen: 1. Peru-Eston (Eston 40,0, Talcum 50,0, Balsamum peruvianum 10,0) und 2. das leichterlösliche Präparat Form-Eston (Form-Eston 10,0, Talcum, Amyl. Tritici āā 45,0). In Form-Eston ist 1 Valenz des Tonerdehydrates gegen Essigsäure abgesättigt, die 2. gegen Ameisensäure. Die Komponenten werden rascher und stärker abgespalten. Es ist ebenfalls ungiftig. Ein ferneres Präparat ist das Sub-Eston, worin das Eston zu 1 Valenz mit Essigsäure abgesättigt ist. Es wirkt mild, kühlend, juckstillend und ist eine zumal für Kinder sowie für zarte Frauen geeignete Kühlsalbe, wenn sie mit Lanolin. anhydr. und Aqu. dest. hergestellt wird.

Auch diese beiden Präparate können, wie vorauszusetzen war, nur in Frage kommen, wenn eine langsame Abspaltung der Bestandteile erwünscht ist, so daß sie erst allmählich zur Wirkung gelangen; denn es liegt im Wesen der Streupulver, daß sie längere Zeit mit der kranken Hautpartie in Berührung bleiben, daß sie ferner die Hyperämie und Entzündung, wenn auch langsam so doch gründlich zurückgehen lassen und so den normalen Kreislauf an dem erkrankten Bezirke wieder herstellen. Wenn Hypersekretion vorhanden war, es sich also sogleich um eine Veränderung handelte, bei der die obersten Epithelschichten zum Teil zerstört waren, demnach eine Exkoriation vorlag, so mußte natürlich ein verbessertes Präparat von essigsaurer Tonerde um so mehr die Wiederherstellung der erweichten, nässenden Hautstelle begünstigen. Das Form-Eston erzielte mir in solchem Falle eine schnellere und stärkere Wirkung, die ich auf die Abspaltung der weniger festgebundenen Ameisensäure zurückführe. Aus diesem Grunde scheint mir das Form-Eston auch

mehr für akute und subakute Fälle geeignet. Schließlich war es maßgebend für die Güte des neuen Streupulvers, ob es imstande war, die Zersetzungsvorgänge zu verhindern, welche unausbleiblich erfolgen, sobald sich Fettsäuren aus den halbzerstörten Talgdrüsen entwickeln. Es konnte sich für mich also nur um die Anwendung dieser neuen Streupulver in Fällen von Ekzema intertrigo handeln, und zwar teils um frische, teils um ältere oder vernachlässigte Fälle. Natürlich kamen für mich in erster Linie fettleibige Kinder in Betracht und zwar solche, bei denen Flächen normaler Haut in den wichtigsten Hautfalten (Inguinalgegend, Nates, Vulva, Hals und Nacken usw.) sich gegeneinander scheuern, ein mechanisches Moment, welches nicht zu unterschätzen ist. Die Zahl der von mir mit den neuen Präparaten behandelten Kinder belief sich auf sieben, außerdem kamen noch drei erwachsene Personen weiblichen Geschlechts hinzu, so daß sich also im ganzen 10 Fälle fanden, in welchen ich teils Heilung und teils Desodorierung erzielte. An sich bieten diese Fälle nichts Ungewöhnliches; das Erwähnenswerte besteht mehr darin, daß die Hautfalten, in welche ich auch immer trockene Wattestreifen einzulegen pflege, wesentlich schneller trockneten, sich wieder mit gesunder Epidermis bedeckten, vollkommen geruchlos wurden, abblaßten, als dies mit den bisher angewendeten Streupulvern der Fall war. Unter den 7 Kindern befand sich auch eins mit monatelang, trotz Argentum nitricum immer wieder nässendem Nabel. Es war mir sehr erfreulich, konstatieren zu können, daß auch hier ein rascheres Vertrocknen der Insertionsstelle erfolgte. Die drei erwachsenen Personen litten sehr unter dem üblen Geruche des Ekzema intertrigo, so daß sie schon deswegen gesellschaftlich gemieden wurden. Ich habe in diesen Fällen dem Einpudern mit Form-Eston eine leichte Waschung und gründliche Abtrocknung mit 3 % essigsaurer Tonerde vorangeschickt und kann dies Verfahren nur empfehlen. Mit einigen Versuchen, wie bei Verbrühung, Frost, Hyperhidrosis usw. bin ich noch beschäftigt. Da diese sehr zeitraubend sind, muß ich mir vorbehalten, darüber später zu berichten. Im allgemeinen ist Nässe nicht angebracht und bei der kurzen Dauer der Behandlung macht es auch nichts aus, wenn die Bäder unterbleiben. Das Prinzip muß immer eine trockene Behandlung sein.

Ich lasse hier die Angaben über die 10 von mir mit den neuen Präparaten behandelten Fälle (7 Kinder und 3 Erwachsene) folgen, hoffend, daß diese wenn auch knappe Kasuistik die Anregung zu weiteren therapeutischen Versuchen geben wird, bemerke aber auch, daß ich selbst, wie gesagt, noch mit solchen, die erst später abgeschlossen werden können, beschäftigt bin.

1. Kind ♀. 7 Monate alt. Erythema ad nates et vulvam. Das Leiden besteht seit ca. 14 Tagen infolge eines subakuten Darmkatarrhs und mangelhafter Hautpflege. Außerdem näßt ab und zu die Nabelgegend noch. Schlaf schlecht. — Ther.: Waschungen mit 3 % essigsaurer Tonerde. Trockene Wunde. 3 mal tägl. Pudern mit Eston. — Ausgang: Heilung in 5 Tagen.

2. Kind ♀. 8½ Monate alt. Erythema in den Inguinalfalten. Ekzema ad nates. Das Kind ist sehr fettarm, matt, schlecht genährt. Schlaf sehr oft gestört. — Ther.: Reinigung 3—4 mal tägl. mit essigsaurer Tonerde. Nur kurzes Bad, 26 ° R. Einlegen von Watte. Pudern mit Eston. — Ausgang: Heilung in 1 Woche.

3. Kind ♂. 9 Monate $2^1/_2$ Wochen alt. Ekzema ad scrot. et praeput. Intertrigo ad nates. Das Leiden besteht seit 1 Monat und ist durch Vernachlässigung verschlimmert. — Ther.: Kalte Waschungen mit essigsaurer Tonerde. Sorgsames Trockentupfen. Eston-Pudern nach jedem Urinieren. — Ausgang: Heilung in $1^1/_2$ Wochen.

4. Kind ♀ (Zwillingsschwester des Vorgenannten). Ekz. vulvae. Erosiones ad lab. sin. et ad nates sin. Diffuse Rötung. Das Kind ist sehr vernachlässigt, mager, blaß. — Ther.: Ungt. Eston (10%) an die Nates. Im übrigen Waschungen mit essigsaurer Tonerde. Watteeinlagen. Eston-Pudern. — Ausgang: Heilung in 2 Wochen.

5. Kind ♀. 1 Jahr alt. Ziemlich fettreich. Übelriechende Intertrigo in den Inguinalfalten, begünstigt durch zu seltenes Reinigen, Baden und Wechseln der Wäsche. — Ther.: Häufige kühle Waschungen, bessere Hautkultur. Inguinalfalten: Austupfen mit Alsol und Watteeinlagen. Eston-Pudern. — Ausgang: Heilung in 1 Woche.

6. Kind ♂. 1 Jahr 1 Monat alt. Ekz. intertrigo an der Umgebung des Penis und am Scrotum. Ursache wahrscheinlich Kratzen und Jucken infolge von Pulices. — Ther.: Waschungen mit Lysoform. Dann trockene Behandlung. Einlegen von Watte. Umwickeln des Scrotum. Eston-Pudern. — Ausgang: Heilung in 10 Tagen.

7. Kind ♀. 2 Jahre 4 Monate alt. Ekz. intertr. subakut; zum Teil Erythema impetiginodes und Oedema labior. Durch Vernachlässigung und ungenügende Reinlichkeit entstanden. — Ther.: Lysoformwaschungen, 3 mal tägl. sorgfältiges Abtrocknen. Einstreuen und Pudern mit Eston. — Ausgang: Heilung in 2 Wochen.

Drei Erwachsene:

8. Mädchen, $15^1/_2$ Jahr alt. Ekzema intertrigo ad vulvam. Fluor alb. Ursache: Ungenügende Reinlichkeit. Starke Hyperämie, übler Geruch der Sekretion. — Ther.: Waschungen kalt, mit Therapogen. Trockenes Pudern mit Form-Eston. — Ausgang: Heilung in 14 Tagen.

9. Fräulein, 21 Jahre alt. Fettleibig. Intertrigo und Erythem, besonders unter der Mamma, an der Hals- und Inguinalgegend. — Ther.: Häufige Waschungen mit kühler Alaunlösung. Trockene Watteeinlagen. Pudern mit Form-Eston. — Ausgang: Heilung in 20 Tagen.

10. Frau, 41 Jahre alt. Fettleibigkeit. Hyperhidrosis. Schweißfüße mit intensivem Geruch, Exkoriationen der Epidermis. Zwischen den Zehen Erosionen. An den Nates: Erythema intertrigo. — Ther.: Waschungen mit kühler, essigsaurer Tonerde. Sorgfältige, trockene Behandlung. Einlegen von Watte. Pudern und Einstreuen mit Form-Eston. 2 mal wöchentl. ein kühles Vollbad und vollkommener Wäschewechsel. — Ausgang: Heilung in $3^1/_2$ Wochen.

Es erscheint mir nicht überflüssig, das Resultat meiner Versuche mit Peru-Eston und Form-Eston hervorzuheben. Es besteht darin, daß man auf angenehme, sichere und rasche Weise dasjenige erreicht, was bisher mit essigsaurer Tonerde und Alsol nicht immer prompt zu erreichen war, und daß insbesondere durch dies abgekürzte Verfahren alle Nebenwirkungen, vor allem auch Lymphdrüsenschwellungen des betreffenden Wurzelgebietes gar nicht mehr vorkommen. Außerdem möchte ich als Resultat bezeichnen, daß die Nachtruhe der betreffenden Kinder durch den Reiz weit weniger als bisher gestört wurde, so daß auch die Stimmung sich hob. Es wäre erwünscht, wenn Kontrollversuche meine Angaben über diese neue Form von Streupulvern bestätigten.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Franz Hamburger, Biologische Untersuchungen über die Milchverdauung beim Säugling. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 4.) In der Einleitung gibt Verf. ein sehr instruktives Bild von dem heutigen Stande unserer Kenntnisse auf dem Gebiet der biologischen Forschung, die hier zum Teil wiedergegeben seien:

Die parenterale Einverleibung von genuinem, artfremdem Eiweiß hat die Bildung von chemisch bisher nicht bekannten Körpern zur Folge, welche mit eben diesen Eiweißkörpern unter Niederschlagsbildung reagieren. Ihre Wirkung ist spezifisch. Wir können mit Hilfe dieser Körper einander entsprechende Eiweißkörper verschiedener Tierspezies, jedoch nicht verschiedene Eiweißkörper derselben Spezies, voneinander unterscheiden.

Bei der Niederschlagsbildung wird das Eiweiß selbst vom Präzipitin gefällt. Ist das Eiweiß verdaut, dann reagieren die Verdauungsprodukte nicht mehr mit dem Präzipitin und haben auch die Fähigkeit verloren, Antikörperbildungen hervorzurufen. Der durch das Präzipitin hervorgerufene Niederschlag löst sich im Überschuß der zur Immunisierung verwendeten Eiweißart.

Auf Grund dieser Tatsache zieht Verf. bezüglich der Säuglingsernährung eine Reihe von Schlüssen:

Die Spezifizität der Präzipitine führt zu der Anschauung, daß die verschiedenen Eiweißkörper ein und derselben Spezies gemeinsame Eigenschaften besitzen, die sie als eben dieser Tierspezies angehörig charakterisieren (Gesetz von der Arteinheit).

Jedes Tier empfindet in seinem Gewebe befindliches Eiweiß einer fremden Tierspezies als ein Gift. Denn erstens reagieren Tiere auf artfremdes Eiweiß ebenso mit Antikörperbildung wie auf Injektion von Bakterien, Bakterientoxinen und pflanzlichen Eiweißgiften. Zweitens gehen Tiere unter dem Einfluß häufiger Eiweißinjektionen oft zugrunde. Endlich tritt nach intravenöser Injektion von artfremdem Eiweiß fast immer eine starke Leukozytenabnahme ein, unter Umständen erfolgt innerhalb kurzer Zeit der Tod.

Bei der Ernährung mit Eiweiß tritt dieses als solches unter normalen Verhältnissen nie unverändert durch die Darmwand, sondern wird vorher verdaut. Die Verdauung ist also von diesen Gesichtspunkten als eine Entgiftung aufzufassen.

Die Entgiftung artfremden Eiweißes stellt für den Neugeborenen nicht die physiologische Aufgabe dar. Die schädlichen Folgen der Kuhmilchernährung sind in dem aphysiologischen Reiz zu sehen, den das artfremde Rindereiweiß auf seinen Verdauungsapparat ausübt. Dieser vom Verf. aufgestellten Hypothese von der „giftigen“ Wirkung des Kuhmilcheiweißes auf den Magendarmkanal haben sich später auch Schlossmann und Moro angeschlossen.

Wenn die genuinen Eiweißkörper durch die peptische und tryptische Verdauung auch ihrer „biologischen“ Eigenschaften beraubt werden, so war es von Interesse, systematisch zu untersuchen, ob diese Zerstörung der präzipitablen Substanz auch tatsächlich experi-

mentell nachweisbar im Magendarmkanal des menschlichen Säuglings stattfindet. Die Untersuchungen wurden am Mageninhalt und an den Fäzes des Säuglings angestellt und ergaben folgendes:

Das Kuhmilcheiweiß ist auch mit der biologischen Methode in den Säuglingsfäzes nicht mehr als solches nachweisbar.

Die spezifische Fällung von Brustmilchstuhlextrakten mit Antimenschenserum beruht auf dem Eiweiß der Darmsekrete, denn es geben auch Kuhmilchstühle diese Fällung, und ferner ist am Ende der Magenverdauung die Brustmilch ihrer spezifischen Fällbarkeit beraubt. Auch die Kuhmilcheiweißkörper gehen den der spezifischen Fällbarkeit bei der Magenverdauung verlustig. Dieser letzte Satz muß aber noch weiterhin durch eine größere Untersuchungsreihe an gedeihenden Kuhmilchkindern gestützt werden. Hecker.

Franz Hamburger und **Bernhard Sperk,** Untersuchungen über die Magenverdauung bei neugeborenen Brustkindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 4.) Die physiologische Nahrung des Säuglings, besonders in den ersten Lebenstagen ist einzig und allein nur eine ganz bestimmte Nahrung, nämlich die Milch der eigenen Spezies, also Frauenmilch, weshalb man kurzweg sagen kann: Die Physiologie der Säuglingsverdauung ist die Lehre von der Verdauung des gesunden Brustkindes. Will man wirklich die Physiologie der Säuglingsverdauung studieren, so muß man unter Bedingungen arbeiten, unter denen folgende drei Forderungen erfüllt sind:

1. das untersuchte Individuum muß magendarmgesund sein; 2. es muß auch sonst gesund sein, da man nicht wissen kann, ob nicht anderweitige, nicht den Magendarmkanal betreffende, abnorme Zustände die Verdauung beeinflussen; 3. die zugeführte Nahrung muß normale Muttermilch sein.

Die fast ausschließlich an Brustkindern der ersten Lebenstage angestellten Untersuchungen lieferten zwar kein abschließendes Resultat, sind aber interessant genug, um mitgeteilt zu werden.

Sie erstreckten sich zunächst auf das Verhalten des Lab- und Pepsinfermentes bei der Magenverdauung, auf die Salzsäureproduktion, auf die Anwesenheit von Milchsäure und schließlich auf den quantitativen Ablauf der Salzsäureproduktion durch Bestimmung der Gesamtazidität und des Salzsäuredefizits, welches bisher bei analogen Versuchen merkwürdigerweise nie berücksichtigt worden war.

Labferment wurde in fast allen Fällen gefunden. Der Nachweis geschah nach der Morgenrothschen Methode: 5 ccm rohe Kuhmilch werden mit wenigen Tropfen Mageninhalt versetzt, die Probe wird über Nacht in den Eisschrank gestellt und am nächsten Tage 1—2 Stunden bei 37° gehalten. Es fand sich dann in fast allen Fällen typische Labgerinnung der Milch.

Pepsin wurde in fast allen Fällen gefunden, in denen der untersuchte Magensaft auf eine genügend hohe Azidität gebracht worden war. Die Proben wurden in der Weise angestellt, daß der Mageninhalt zu gleichen Teilen mit einer 0,6 %igen Salzsäurelösung versetzt

wurde. Dieser Mischung wurde dann ein kleines keilförmiges Stück koagulierten Hühnereiweißes zugesetzt und dann nach ca. 12 Stunden die verdauende Wirkung an dem keilförmigen Stückchen untersucht. Die Bestätigung dieser an sich schon bekannten Tatsache läßt die Verff. annehmen, daß es zu einer Eiweißverdauung auch im Magen des Neugeborenen kommt, wenn die genügende Säuremenge sezerniert ist.

Freie Salzsäure wurde entsprechend der jetzt allgemein üblichen Anschauung desto häufiger gefunden, je längere Zeit nach der Nahrungsaufnahme die Ausheberung erfolgte. Nie erschien freie Salzsäure vor dem Ablauf der ersten Stunde nach der Nahrungsaufnahme. Also selbst in den allerersten Lebenstagen wird beim Brustkind bereits Salzsäure in recht beträchtlichen Mengen vom Magen abgesondert.

Milchsäure wurde in keinem einzigen Falle gefunden. Zu einer Milchsäuregärung kommt es also im Mageninhalt des normalen Brustkindes nicht.

Das Salzsäuredefizit wurde nach Mintz in der Weise bestimmt, daß man diejenige Menge von Salzsäure ausfindig macht, welche einem Mageninhalt zugesetzt werden muß, daß er auf Indikatoren wie Phloruglycin-Vanilin, Tropaeolin oder Kongo sauer reagiert. Diese Indikatoren reagieren nämlich auf saure Salze, Phosphorsäure und salzsaure Eiweißkörper „alkalisch“, erst auf freie Salzsäure sauer. Das Salzsäuredefizit zeigt an, wie viel Salzsäure der Magen noch hätte sezernieren müssen, damit digestiv wirksame Säure vorhanden sei. Da man aber heute nach den Untersuchungen von Sjöquist Grund hat anzunehmen, daß die digestiv wirksame Salzsäure diejenige sei, welche sich mit dem Eiweiß zu salzsauren Verbindungen vereinigt hat und da freie Salzsäure nachweisbar wird, nachdem sich alles Eiweiß zu salzsaurem Eiweiß verbunden hat, so würde man das Salzsäuredefizit dann als diejenige Salzsäuremenge bezeichnen, die gerade zur Durchführung der Eiweißverdauung im Magen notwendig ist. Es gibt uns also das Salzsäuredefizit theoretisch den Maßstab für die Sekretionsarbeit, die der Magen zur Zeit der Ausheberung noch vor sich gehabt hätte. Es war von vornherein als sicher anzunehmen, daß die Summe von Gesamtazidität + Salzsäuredefizit, bzw. die Differenz Gesamtazidität freie Salzsäure immer kleiner sei als das Salzsäurebindungsvermögen der aufgenommenen Nahrung. Merkwürdigerweise aber zeigte sich in fast allen Fällen das Gegenteil. Fast immer war die Summe von Gesamtazidität + Salzsäuredefizit nicht unbeträchtlich größer als das ursprüngliche Salzsäurebindungsvermögen der Milch. Entweder muß das Salzsäurebindungsvermögen der Milch unter dem Einfluß der Magenverdauung stark gestiegen sein, oder es muß eine Eindickung des Mageninhaltes stattgefunden haben, sei es durch Resorption von Salzsäure nicht bindenden Substanzen oder durch Sekretion von Salzsäure bindenden. Weitere Betrachtungen lassen nur mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit schließen, was alles die Ursache der Zunahme des Salzsäurebindungsvermögens im Mageninhalt nicht sein kann. Unklar bleibt aber, was die Ursache dieser Erscheinung in Wirklichkeit ist.

Weitere Untersuchungen ergaben, daß der Zuckergehalt des Mageninhaltes immer geringer ist als der der getrunkenen Milch, ohne daß man daraus schließen könnte, ob diese Zuckerabnahme aus einer Resorption von Zucker oder einer Verdünnung des Mageninhaltes durch Verdauungssekrete zurückzuführen sei. Immerhin erscheint es am wahrscheinlichsten, daß ein Teil des Zuckers aus dem Magen durch Resorption verschwindet. Der Fettgehalt des Mageninhaltes ist in den allermeisten Fällen nur wenig geringer als der der genossenen Milch. Da man weiß, daß sowohl bei der Säure, als bei der Labfällung des Kaseins das Fett fast quantitativ in das Kasein eingeschlossen wird, so kann man schließen, daß die tatsächlich durch die Magensaftsekretion bewirkte Verdünnung der Milch bzw. des Mageninhaltes in den Fällen, wo der Fettgehalt des Mageninhaltes gerade so groß ist wie der der Milch oder doch nur wenig geringere Werte zeigt, ungefähr ebensoviel Flüssigkeit resorbiert worden ist als der Magen sezerniert hat. Damit würde auch stimmen, daß das Salzsäurebindungsvermögen des Mageninhaltes (Gasamtazidität + Salzsäuredefizit bzw. Gesamtazidität — freie Salzsäure) nie kleiner als das Salzsäurebindungsvermögen der getrunkenen Milch ist. Hecker.

A. Keller, Milchwirtschaftliches. (Monatsschr. f. Kinderhlkd. Juni 1907.) K. hat im Auftrage des preußischen Ministeriums der Medizinalangelegenheiten einige neu eingerichtete Milchküchen und eine Reihe von Musterstallungen besucht. Eigene Beobachtung und Aussprache mit Praktikern der Milchhygiene und wissenschaftlichen Autoritäten der Tierhygiene und Tierzucht gab ihm Gelegenheit, Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln, die er in einem recht lesenswerten Aufsatze wiedergibt, soweit sie Interesse für den Pädiater haben. Grätzer.

J. Peiser, Wabenlunge im Säuglingsalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Monatsschr. f. Kinderhlkd. Juni 1907.) Bei einem 8 Wochen alten Säuglinge, der an chronischer Pneumonie gelitten hatte, fand sich eine sehr seltene Abnormität der einen Lunge, nämlich eine Durchsetzung derselben mit einer Unzahl von kugeligen oder oblongen, auch unregelmäßig begrenzten, mit einer weißschimmernden, sehr zarten Membran ausgekleideten, meist leeren, teilweise aber mit einer weißlichen Masse ausgefüllten Höhlungen, zwischen denen derb infiltriertes Lungengewebe vorhanden war. Wie die histologische Untersuchung ergab, war der größte Teil der Höhlen durch Erweiterung der kleinsten Bronchien bzw. Bronchiolen, am Übergange in die Alveolengänge entstanden, ein anderer aus bronchopneumonischen Infiltrationszentren, die sich durch zentrale Einschmelzung in Abszesse verwandelt hatten. Beide Formen kamen nebeneinander vor, vereinigten sich auch häufig. Bei der bakteriologischen Untersuchung von Schnitten fanden sich grampositive Diplokokken.

Da es sich um die Lunge eines Säuglings handelt, der erst 8 Wochen gelebt hat, so ist es schwer sich vorzustellen, daß ein chronischer Entzündungsprozeß allein die Wabenlunge zur Ausbildung gebracht hat. Verständlicher wird der Vorgang, wenn man annimmt, daß der Säugling mit angeborener Bronchiektasie zur Welt

gekommen ist, einer Mißbildung, welche zwar selten, den Pathologen aber nicht unbekannt ist. Die Bronchiektasie begünstigte dann die Entstehung einer katarrhalischen Pneumonie, welche von vornherein chronischen Charakter annehmen mußte. Es ließ sich in den Schnitten in der Tat deutlich verfolgen, wie aus einer Bronchitis in einem erweiterten Bronchus eine Peribronchitis, aus dieser eine lobuläre Pneumonie sich entwickelte. Indem ein pneumonisch angeschoppter Lobulus eitrig einschmolz, entstand ein Abszeß, welcher gelegentlich nach dem zugehörigen oder einem benachbarten, an sich bereits erweiterten und entzündeten Bronchus durchbrach. So kam die Wabenlunge zur Ausbildung. Grätzer.

A. Borrino (Turin), Proteolytische Fermente im Säuglingsurin. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Monatsschr. f. Kinderhlkd., Juli 1907.) Es ist B. gelungen, in einer Reihe von Untersuchungen, die er an der Kinderklinik in Florenz (Prof. Mya) anstellte, nachzuweisen, daß der Urin von Kindern die Fähigkeit hat, Fibrin zu verdauen. Die Eigenschaft des Urins, bei saurer Reaktion Fibrin zu verdauen, kann nur einem dem Pepsin analogen Fermente zugeschrieben werden, das man passend Uropepsin nennt.

Die Anwesenheit und Herkunft des Pepsins im Urin ist noch nicht genügend erklärt. Doch scheint es, daß das Uropepsin zum größten Teile aus dem Magen stammt, sei es, daß es direkt resorbiert wird, wenn es bei der Verdauung nicht zur Verwendung kommt, sei es, daß es vor der Sekretion in den Verdauungskanal in das Blut übergeht und von ihm dort bei der weiteren Eiweißspaltung sich wieder abtrennt. Doch möchte B. annehmen, daß sich das Uropepsin zum Teile auch von den Fermenten herleitet, denen man eine Rolle bei der Autolyse und der Regeneration, kurz bei dem intermediären Stoffwechsel der Gewebe zuschreibt. Grätzer.

A. Sachs (Berlin), Muskeltransplantation bei Behandlung der Kinderlähmung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.) Hildebrand hat in einem Falle den gelähmten Musc. deltoides mit gutem Erfolge durch den Musc. pectoralis maior ersetzt. S. versuchte das Gleiche bei einem 6 jähr. Kinde, dessen ganzer rechter Arm gelähmt war, und auch er erzielte vollen Erfolg. Das Fehlen des Musc. pectoralis maior an seiner alten Stelle machte sich bisher (6 Monate nach der Operation) nicht bemerkbar; seine Funktion ist offenbar von Musc. pectoralis minor übernommen worden. Grätzer.

H. Klose, Über heterochthone Serumwirksamkeit und ihre postoperative Behandlung bei deszendierender Diphtherie. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Straßburg i. E.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 22 u. 23.) Es gibt Fälle, bei welchen trotz Seruminjektion und Tracheotomie die membranösen Exsudationen sich rasch immer wieder geltend machen, so daß die Kinder in höchste Erstickungsgefahr kommen.

K. schildert 6 Fälle und empfiehlt auf Grund dieser Beobachtungen als ultimum refugium die Instillation 10⁰/₀ iger Papayotinlösung (¹/₂ stündlich) durch die Kanüle.

Aus den epikritischen Bemerkungen K.s sei folgender Passus wiedergegeben:

„Die heterochthone Serumwirksamkeit muß auf eine pathologische Anlage zurückgeführt werden, welche die de norma von oben nach unten fortschreitende Immunisierung der Respirationsschleimhaut verhindert oder beschränkt. In diesen seltenen Fällen wird das Papayotin, seit der Serumperiode mit Recht aus der Behandlung der einfachen, lokalisierten, diphtherischen Angina verbannt, unter gewissen Postulaten zu einer lebensrettenden Potenz. Denn es ebnet dem Serum den Weg, wird aber auch bei zu weit gehender Gefäßlädierung gegenüber den Exsudaten versagen können. Die Tatsache, daß gar nicht selten spontan völlige Bronchialausgüsse ausgehustet werden, und die Gefährlichkeit des Mittels, die sich wohl gegenüber bisherigen, entgegengesetzten autoritativen Angaben aus der heutigen Beschränkung auf begrifflich festgelegte, pathologische Fälle erklärt, setzt zu seiner Anwendung den höchsten, noch eben erträglichen Grad von Erstickungsnot voraus. Die Indikation liegt auf der Grenze der laryngostenotischen Dyspnoe zur asphyktischen Phase.

Für diese bei alleiniger Seruminjektion verlorenen, refraktären Fälle hebt die kombinierte Serum-Papayotinbehandlung die Chancen der Rettung von 0 auf 1 : 1. Aus der Empirie wie aus den theoretischen Anschauungen erwächst somit die Berechtigung, dem sicheren und unsäglich qualvollen Tode selbst mit einem zweischneidigen Mittel entgegenzutreten. Versuchen wir für das therapeutische Handeln ein Schema zu analysieren, so glauben wir vor dem „Zuviel“ warnen zu müssen: man hört mit der Instillation auf, sobald Zeichen der Membranresolution sich einstellen. Sicherlich geht die Auflösung der Exsudate im lebenden Organismus viel schneller vor sich als an der Leiche und im Reagenzglasversuch. Daß es nicht darauf ankommt, ja nicht einmal nützlich erscheint, die Papayotinwirkung voll und ganz auszunutzen, möchten wir aus dem Vergleich des Ausgangs von Fall 3 und 4 schließen. Wir reden vielmehr einer planmäßigen Unterstützung der aktiven Exspiration durch seitliche Thoraxkompression nach Art der künstlichen Atmung das Wort, besonders wenn durch heftige, anhaltende Expektoration die respiratorischen Kräfte des Kindes sich zu erschöpfen anfangen. Wenngleich wir bei unserer starken Dosierung des Medikaments keine der klinischen Beobachtung auffällige Schwächung der Herzaktion zu notieren hatten, schien es uns besonders wertvoll, nicht nur von vornherein durch entsprechende Alkoholmengen — Rotwein, Marsala, Sherry, Eierkognak — sondern auch durch ausgiebigen Gebrauch von Reizmitteln einer Herzschwäche vorzubeugen. Vor allem unterschätzen wir in der therapeutischen Bedeutung des Kampfers nicht, daß er durch gleichzeitige Erregung der Respirations- und Gefäßnervenzentra eine Kräftigung der Respiration und der Herztätigkeit herbeiführt und zugleich der Lähmung der Gefäßnervenzentra entgegenwirkt. Neben der Reizwirkung auf die Respirations- und Zirkulationsorgane fördern wir die Expektoration, wenn möglich, durch interne Darreichung von Flores benzoës und Ammoniakpräparaten. Auch mit Moschus, pharmokologisch wahrscheinlich der Kampfergruppe zuzuzählen, sind wir in

diesen Fallen sehr zufrieden gewesen, trotzdem ja die Pharmakologen strengster Observanz seine exzitierende Eigenschaft nicht anerkennen (Schmiedeberg). Alles in allem erfordert die kombinierte Serum-Papayotinbehandlung nicht nur eine peinliche diagnostisch-klinische Auslese, sondern auch eine sorgsam den individuellen Verhältnissen der Patienten angepaßte mannigfachste therapeutische Gestaltung."

Grätzer.

H. Flesch und **A. Schoßberger,** Leukämische Blutveränderung bei Lues congenita und Sepsis. (Aus dem Stephanie-Kinderspital in Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.)

Bei einem kongenital luetischen Säuglinge treten im zweiten Lebensmonate ausgedehnte Blutungen an der Haut und an den Schleimhäuten mit ikterischer Verfärbung derselben auf; diesen gesellen sich pneumonische Herde zu, und gleichzeitig schwellen Leber und Milz in hohem Grade an. Bei Kollapstemperatur und zunehmender Schwere der Symptome tritt nach kurzer Zeit der Tod ein; die 24 Stunden vor demselben ausgeführte Blutuntersuchung zeigt ausgesprochene Oligocythämie, Oligochromämie und eine bedeutend vermehrte Leukozytenzahl. Außerdem finden sich sowohl an den roten wie auch an den weißen Blutzellen auffallende morphologische Veränderungen. Bezüglich der roten registrierte man Poikilozytose, Polychromatophilie und das Erscheinen von Erythroblasten und freien Kernen. Noch auffälliger waren die pathologischen Veränderungen der farblosen Zellen. Die Verff. konnten sich davon überzeugen, daß bei Entstehung der Leukozytose die Hauptrolle von den neutrophilen Elementen eingenommen wurde (63%), unter ihnen betrug die Relationszahl der Myelozyten 9%. Bedeutend vermehrt erscheinen auch die Zellen mit eosinophiler Granulation (8%, darunter 1% Myelozyten), während die basophilen Zellen eine geringere relative Vermehrung aufweisen: ihre Zahl beträgt 1%. Die verbleibenden 28% fallen auf die Lymphozyten. Die Sektion ergab nebst Zeichen der angeborenen Syphilis Pyämie und ausgebreitete Pneumonie. Die histologische Untersuchung der Milz, Leber und Nieren zeigte Veränderungen, die in das Gebiet der Syphilis und Pyämie gehören, während das makroskopisch unveränderte Knochenmark im Strichpräparate sehr viele kernhaltige rote Blutzellen und unreife, teilweise granulierte, große, einkernige Zellen aufwies. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Herzblutes, der Eiterherde, waren lange Streptococcusketten nachzuweisen.

Der Fall wäre in vivo bei Unkenntnis des Blutuntersuchungsresultates nicht schwer zu deuten gewesen. Sämtliche Symptome fügen sich zwanglos in den Rahmen einer bei angeborener Syphilis entstandenen Sepsis. Sowohl die Gelbsucht als auch die ausgebreiteten Blutungen sind bei septischen Erkrankungen ganz junger Säuglinge keine ungewöhnliche Erscheinung. Zur Entstehung der Sepsis bieten übrigens kongenital-syphilitische Säuglinge vielfach Gelegenheit: die mehrfachen Läsionen der Hautdecke und der Schleimhäute sind für das Eindringen von Infektionserregern sehr geeignet. Das Hinzutreten der Pneumonie aber ist entweder durch die infolge der Blutvergiftung herabgesunkene Widerstandsfähigkeit und somit durch sekundäre Infektion oder auf die Weise zu erklären, daß die Lungenentzündung auf septisch-metastatischer Grundlage entstand. Die hochgradige Abgeschlagenheit, die subnormale Temperatur sind nur geeignet, dieselbe Diagnose zu unterstützen. Auffallend, doch nicht im Widerspruch stehend, war bloß die ansehnlich geschwollene Leber und Milz, insbesondere darum, weil diese Schwellung sich im Laufe der Beobachtung entwickelte. Leber- und Milzvergrößerung treten uns wohl bei kongenitaler Syphilis recht häufig vor Augen, in diesem Falle jedoch war bei der ersten Krankenvorstellung nichts davon zu be-

merken. Anderntteils wird die akute Milzgeschwulst durch die Sepsis vollkommen erklärt.

Die gewürdigten Krankheitssymptome stellen also die Sachlage ziemlich einfach dar. Ungleich schwieriger gestaltet sich jedoch die Beurteilung, wenn man es versucht, den Blutbefund mit den übrigen Erscheinungen in Einklang zu bringen. Als Resultat der Blutuntersuchung fand sich nämlich eine typische leukämische Blutveränderung, die an Bedeutung noch gewinnt, wenn man ihr den diesem Alter normalerweise entsprechenden Befund gegenüberstellt. Nach Karnizki zählt man in diesem Alter 5239725 rote und 13125 weiße Blutzellen. Der Prozentsatz der Lymphozyten beträgt 56,3 %, der Neutrophilen 29,1 %, der Übergangszellen 11,2 %, der Eosinophilen 2,8 %.

Es steht also fest, daß unter physiologischen Verhältnissen in diesem Alter den Lymphozyten die führende Rolle zukommt, wobei die neutrophil granulierten Zellen in den Hintergrund treten, und daß demgegenüber in obigem Falle das Verhältnis dieser beiden Zellarten gerade verkehrt ist. Dieser Umstand ist nicht dadurch zu erklären, daß die absolute Zahl der Lymphozyten vermindert wäre, sondern ist durch die sowohl absolute als auch relative Vermehrung der neutrophilen Elemente verursacht. Was schließlich die kernhaltigen roten Zellen und die Myelozyten betrifft, muß wohl zugegeben werden, daß das vereinzelte Erscheinen dieser Elemente im kreisenden Blute junger Säuglinge an- und für sich noch nichts Pathologisches bedeutet, einem so massenhaften Auftreten wie in obigem Falle muß jedoch zweifelsohne erhöhte Beachtung gewidmet werden.

Es fragt sich nun, ob auf Grund der Blutveränderung die Annahme einer myeloiden Leukämie berechtigt sei, oder aber ob dieser Blutveränderung bloß symptomatische Bedeutung zugemessen werden darf, wo dann weiter gesucht werden muß, welcher pathologische Vorgang für die sicherlich hochgradige Blutveränderung verantwortlich zu machen wäre: die angeborene Syphilis, die Sepsis, eventuell die Pneumonie, oder die Gesamtheit dieser Prozesse.

Ganz allein auf Grund des Blutbefundes wären die Verff. geneigt, den Fall als myeloide Leukämie zu betrachten, um so mehr, als die das Krankheitsbild beherrschenden Blutungen gleichfalls auf Leukämie zurückgeführt werden könnten. Das Knochenmark ließ jedoch das gewohnte leukämische Bild vermissen, und die histologische Untersuchung zeigte gleichfalls nichts Charakteristisches. Anderntteils bestätigte die Sektion die angeborene Syphilis, die Pyämie und Pneumonie. Diese Erkrankungen aber gehen auch jede einzeln für sich häufig mit schweren Blutveränderungen vor sich.

Die Verff. halten es nicht für unwahrscheinlich, daß die hochgradige Blutveränderung unseres Falles bei dem ganz jungen Säugling durch die gesamte Einwirkung der mitspielenden Krankheitsvorgänge hervorgerufen zu werden vermag. Die massenhaften Toxine von intensiver Wirkung üben auf das dem Alter zufolge besonders empfindliche Knochenmark eine derartig erhöhte Reizwirkung aus, daß eine Überproduktion der kernhaltigen roten Blutzellen und Myelozyten eintritt, weshalb diese Zellelemente noch vor Erlangen der

vollkommenen Reifung und Differenzierung ins kreisende Blut übertreten können. So mag eventuell als begleitendes Symptom sonstiger Krankheitsprozesse ein leukämisches Blutbild entstehen. Grätzer.

O. Vulpius, Mißerfolge der Sehnenüberpflanzung. (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.) V. setzt in sehr instruktiver Weise auseinander, wovon bei der Sehnenüberpflanzung Erfolg oder Mißerfolg abhängt. Wenn man in der Auswahl der Fälle richtig verfährt — umschriebene Lähmungen; bei progressiven Affektionen langsam verlaufende, zu Stillständen neigende Fälle —, wenn man den Operationsplan richtig aufstellt, die Operationstechnik beherrscht und die Nachbehandlung sachgemäß leitet, dann wird man mit den Transplantationen sehr befriedigende Resultate erzielen. Grätzer.

H. Hirschfeld, Über akute myeloide Leukämie. (Aus dem städt. Krankenhause Moabit in Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 25.) H. beobachtete zwei interessante Fälle dieser seltenen Affektion; der eine davon betraf ein 6 jähriges Kind. Die Gesamtdauer der mit hohem Fieber einhergehenden Krankheit betrug hier ca. 6 Wochen. Die hohe Myelozytenzahl, die starke myeloide Metaplasie der Milz und Lymphdrüsen und die myeloiden Wucherungen in anderen Organen bewiesen, daß eine akute myeloide Leukämie vorlag. Der relativ hohe Lymphozytengehalt des Blutes, besonders auch die Menge der großen Leukozyten war charakteristisch für das kindliche Blut. Die großen Lymphozyten zeichneten sich zum Teil durch ihre enormen Dimensionen aus; diese Erscheinung ist bei myeloider Leukämie ziemlich häufig. Die Menge der eosinophilen Elemente im Knochenmark und in der Milz war in diesem Falle kaum gegen die Norm herabgesetzt.

Die Beurteilung des Falles war dadurch kompliziert, daß gleichzeitig eine alte Rachitis, eine kongenitale Lues, sowie eine ausgedehnte Lymphdrüsentuberkulose käsiger Natur bestand. Aber keiner dieser Zustände war unmittelbare Ursache des rapiden Verlaufs der Leukämie, sondern es war die außerordentlich schwere Anämie, die hier zum Tode führte.

Das Kind hatte während des ganzen Krankheitsverlaufes heftige Durchfälle. Diese beruhten nicht, wie man intra vitam vermutet hatte, auf Darmtuberkulose, sondern es fanden sich im Darm leukämische Geschwüre. Grätzer.

P. Sittler, Übertragung von Diphtherie durch dritte Personen. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Straßburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18.) S. berichtet über zwei Beobachtungen. In dem einem Falle handelt es sich um Übertragung durch ein gesund bleibendes Kind auf seine Mutter. Ein 2 jähr. Kind, mit Scharlach aufgenommen, wird gegen Diphtherie durch Serum geschützt. Ein neben ihm liegendes Kind erkrankt an Diphtherie. Das injizierte Kind bleibt gesund und wird entlassen, infiziert dann zu Haus seine Mutter, die an typischer Diphtherie erkrankt. Der Fall zeigt wieder, daß ein immunisiertes Kind mit dem Eintritt der Immunität nicht die Fähigkeit verliert, andere Personen

mit den eventuell in seinen Luftwegen persistierenden Bazillen zu infizieren. Im zweiten Falle fand Übertragung von der Brustwarze einer stillenden Mutter auf den Säugling statt. Ein 2jähr. Kind wird nach überstandener Diphtherie nach Haus entlassen, wo die Mutter nach einigen Tagen niederkommt. Einige Tage darauf entsteht auf einer Brustwarze eine Schrunde. Das Neugeborene wird trotzdem weiter gestillt und akquiriert eine schwere Diphtherie, an der es stirbt. Die Mutter bleibt gesund, etwas von der Schrunde der Brust entnommener Eiter enthält typische Diphtheriebazillen.

Grätzer.

R. Kreuzeder (Ottobeuren), Phlegmone als Komplikation von Varizellen. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 31.) Das 9 Monate alte Kind, kräftig und gut genährt, bekam eine Phlegmone am rechten Arm und ging an dem septischen Prozeß und einer zum Schluß auftretenden katarrhalischen Pneumonie zugrunde.

Der geschwürige, gangränöse Prozeß muß hier eine direkte Folge der einen Varizellenpustel gewesen sein; eine Infektion von außen erschien bei dem sauber gehaltenen Kinde nahezu ausgeschlossen.

Grätzer.

C. Pfeiffer, Über das Chlorom des Schädels, ein typisches Krankheitsbild. (Aus dem städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 39.) Das Chlorom ist eine recht seltene Geschwulstform; bisher waren nur 41 Fälle bekannt, die, mit Ausnahme eines einzigen, erst auf dem Sektionstische diagnostiziert wurden. Und doch ist es gar nicht so schwer, das Chlorom in vivo zu erkennen, da ein umschriebener Symptomenkomplex bei bestimmtem Sitze der Geschwulst das Krankheitsbild scharf präzisiert.

Das Chlorom entwickelt sich — ausgehend von Periost oder dem Knochenmark — an bzw. in den Knochen des Schädels, dem Sternum, den Rippen und der Wirbelsäule und erzeugt hier gelbgrüne, bisweilen grasgrüne flache Tumoren; manchmal finden sich gleichzeitig oder seltener allein, d. h. ohne Beteiligung des Skeletts, die Lymphdrüsen, Tonsillen, Thymus erkranken oder es sind einzelne Stellen innerer Organe von den Tumoren durchsetzt (Leber, Nieren, Milz, seltener Mamma, Ovarien, Prostata, Nebenhoden, Lunge, Herzbeutel, Epiglottis, Harnblase usw.). Der häufigste primäre Sitz aber ist der an den Knochen des Schädels, insbesondere seiner Nebenhöhlen, und diese Fälle sind es, die klinisch ein prägnantes Bild ergeben. Dasselbe trat auch bei dem von P. beobachteten Falle, der ein 4jähr. Kind betraf, in charakteristischer Weise hervor. P. schickt der Beschreibung eine Epikrise nach, aus der wir folgende Abschnitte herausgreifen:

„Betrachten wir den klinischen Verlauf des Falles epikritisch, so hatte sich bei einem 4jähr. Jungen ein Krankheitsbild entwickelt, das mit Ohreiterung und zunehmender Taubheit auf dem rechten Ohr begann, den Jungen deshalb zuerst zum Ohrenarzte führte, und an das sich in kurzem hochgradiger symmetrischer Exophthalmus mit Chemosis und schweren Sehstörungen zuerst links, dann rechts anschloß und bei dem besonders die starke Druckschmerzhaftigkeit der Bulbi auffiel. In kurzem entwickelte sich hochgradige Blässe, es kam infolge der

Anämie zu Blutungen in die Netzhaut beiderseits und unter auffallender Apathie und großer Reizbarkeit des Kindes entwickelten sich Drüsen an beiden Kieferwinkeln, Schwellungen der Schläfengegend beiderseits, und nach kaum 4 monatlichem Kranksein trat unter zunehmendem Marasmus der Tod ein, nachdem eine probeweise ausgeführte Eröffnung des Schädels zu keinem Resultat geführt hatte. Erst die Sektion zeigte als Ursache des Exophthalmus graugrüne Tumoren im retrobulbären Gewebe, sie zeigte graugrüne flache Geschwülste in der Dura entlang den großen Blutleitern, ähnliche Neubildungen vor der Brustwirbelsäule, am Sternum und als Endursache des ganzen Prozesses eine ausgedehnte Durchsetzung des ganzen rechten Felsenbeins und Warzenfortsatzes mit Chloromgewebe, an das sich eine chloromatöse Veränderung der linken Tonsille, der Drüsen an beiden Halsseiten, im Mediastinum und die Entwicklung umschriebener Chloromherdchen in Leber und beiden Nieren angeschlossen hatte. Im Vordergrunde des klinischen Bildes stand demnach der rätselhafte schmerzhafte beiderseitige Exophthalmus mit fast völliger Erblindung, die Taubheit auf dem rechten Ohr, die Schwellung an den Schläfenbeinen, die Schwellung der Drüsen an beiden Kieferwinkeln und vor allem die hochgradige Blässe der Haut und Schleimhäute bei einem im jugendlichsten Alter stehenden Patienten. Gerade diese Erscheinungen sind es, die in den einzelnen Beobachtuugen des Chloroms am Schädel sich stets wiederholen und demnach als typische Kennzeichen der Erkrankung bezeichnet werden müssen. Insbesondere ist der einseitige oder meist doppelseitige, gewöhnlich völlig symmetrisch entwickelte schmerzhafte Exophthalmus mit nachfolgender Atrophia nervi optici charakteristisch; er stellt sogar häufig das erste Symptom der Erkrankung dar.“

„Allen diesen Fällen ist mehr oder weniger charakteristisch das Übergreifen der retrobulbären Tumoren auf die Muskeln, das Fettgewebe der Orbita und die Lider. Die Nerven und Gefäße werden von der Neubildung eingemauert, der Knochen der Augenhöhle ebensowenig ergriffen als der Bulbus selbst, in dem die Geschwulst nie beobachtet ist. Die Tumoren können ein solch ausgedehntes Wachstum in der Orbita annehmen, daß sie den Bulbus völlig zur Seite drängend, neben demselben nach außen wachsen.“

„Das zweite Symptom, d. h. die Entwicklung des Tumors im Schläfenbein mit Ohreiterung, Ohrblutungen, Ohrensausen und Herabsetzung des Hörvermögens, mit Schwellung und Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatz ist unter 42 Chloromfällen des ganzen Skeletts 25 mal, also in rund 60 % sämtlicher Chloromfälle und zwar ebenfalls meist doppelseitig angeführt. Auch Störungen des Gleichgewichts infolge Erkrankung der halbzirkelförmigen Kanäle, Schwindelgefühl, sind mitgeteilt; Fazialislähmung infolge Verwachsung des Nerven bei seinem Durchtritte durch die Schädelbasis mit den chloromatösen Wucherungen ist wiederholt beobachtet. Gleichzeitig mit den Symptomen von Gehörerkrankung findet sich häufig ein- oder meist doppelseitig eine Vorwölbung in der Schläfengegend, die auf Entwicklung der Tumoren im Periost des Schädels und den Temporalmuskeln beruht und dem Gesicht ein eigentümliches Aussehen verleiht. Nicht selten kommen — wie in unserm Falle — zu diesen Veränderungen des

Gehörorgans und seiner Umgebung solche der Nase; es kommt infolge der Neubildung zu heftigen, manchmal tödlichen Nasenblutungen, die Luftzufuhr durch die Nase kann erschwert sein, so daß die Patienten mit offenem Munde zu atmen gezwungen sind. Die Sektion zeigt dann gewöhnlich Chloromentwicklung im Siebbein, Keilbein, den Kieferhöhlen oder dem Nasenrachenraum."

In dritter Linie fällt an den Chloromkranken die hochgradige Anämie auf, die besonders in der zweiten Hälfte der Erkrankung in die Augen tritt und bei genauer Untersuchung häufig das Bild der typischen akuten Leukämie mit enormer Vermehrung der großen Lymphozyten zeigt; die Leukämie kann ganz plötzlich, oft erst kurz vor dem Tode einsetzen und führt meist zu Blutungen unter die Haut, die Schleimhäute, die Nieren, im Magen, Darm, Harnblase, Lunge, Netzhaut. Gleichzeitig entwickeln sich meist zahlreiche kleinere und größere Drüsenpakete am Hals, im Mediastinum, im Abdomen, bestehend aus einzelnen mehr weniger grün gefärbten Knoten; es tritt Schwellung der Milz auf, so daß nicht selten die Diagnose wirklich auf gewöhnliche Leukämie gestellt wird.

Als vierten Punkt möchte ich das jugendliche Alter der Patienten anführen. Unter 33 Fällen, in denen ich eine Altersangabe finden kann, entwickelte sich die Geschwulst 28 mal zwischen dem 1. und 25. Jahre, darunter 5 mal zwischen dem 1. und 4. Lebensjahre, 8 mal zwischen dem 6. und 10. Im höheren Alter ist die Geschwulst am Schädel sehr selten: Vorwiegend ist das männliche Geschlecht betroffen. Der Verlauf ist gewöhnlich ein so rascher, daß in kurzer Zeit, teils infolge von allgemeinem Marasmus, teils infolge von Blutungen, meist nach 3—4 Monaten der Tod eintritt." Grätzer.

O. Ehrhardt, Über die diphtherische progrediente Hautphlegmone. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.) E. teilt 4 Fälle mit, welche zeigen, daß es sich um ein typisches, leicht zu erkennendes Krankheitsbild handelt, dessen Diagnose von weittragender Bedeutung für Prognose und Therapie ist.

Das Leiden tritt bei Kindern während der ersten Lebensjahre auf. Es scheint mit Vorliebe schwächliche, wenig widerstandsfähige Individuen zu befallen, doch sind auch kräftige Kinder nicht dagegen geschützt. Die eigentliche Ursache der Erkrankung sehen wir in dem Eindringen des Diphtheriebazillus in die Haut. Als Eingangspforte kommen kleine Exkoriationen in Betracht. Dabei muß allerdings auffallen, daß die Exkoriationen nicht den Eindruck einer schwer infizierten Wunde machen, daß sie insbesondere keine der für Wunddiphtherie charakteristischen Veränderungen erkennen lassen. Die Infektionserreger müssen sofort in die tieferen Schichten der Kutis und Subkutis verschleppt sein und sich hier über der Faszie auf dem Lymphwege weiterverbreiten.

Träger der Diphtheriebazillen wird in der Regel der Patient selber sein, der eine Rachendiphtherie überstanden hat und mit infizierten Händen die Erreger sich in die Haut einimpft. In zwei Fällen war Rachendiphtherie nachweisbar, in den beiden anderen waren klinische Zeichen einer Rachenerkrankung nicht bemerkt worden. Es

ist wohl denkbar, daß die Erkrankung auch durch diphtheriekranke Angehörige übertragen werden kann.

Die Infektion scheint sofort mit stürmischen Symptomen unter hohem Fieber und mit schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einzusetzen. Lokal tritt ein Infiltrat der Subkutis auf, das rasch nach allen Seiten flächenhaft fortschreitet und bei seiner Erweichung zu einer Lösung der Haut vor der darunter liegenden oberflächlichen Faszie führt. Die Haut erscheint dabei flammendrot, injiziert, polsterartig ödematös. Bei der Palpation fühlt man in der Tiefe das harte Infiltrat, die Finger lassen dellenartige Vertiefungen zurück. Nirgends kommt es zur Ausbildung größerer Abszesse, die Inzision entleert nur wenig dünnflüssigen Eiter.

Inzidiert man das Infiltrat, dann sieht man, daß die Haut in ihrer ganzen Dicke über weite Bezirke gelöst ist. Nach allen Seiten gelangt man in tiefe Taschen, die noch vereinzelte, leicht trennbare Verbindungsstränge zwischen Subkutis und oberflächlicher Faszie zeigen. Diese flächenhafte Unterminierung der Haut schreitet in einigen Stunden oder Tagen weiter fort, nirgends aber zeigte sich in E.s Fällen die Tendenz, die Faszie zu durchbrechen. Man weiß bei der Inzision nicht recht, wie man den Einschnitt begrenzen soll, nach allen Seiten dringt die Schere mühelos vor und läßt enorme Inzisionen ausführen, als ob man einen den Körper umhüllenden Sack spaltet.

Eine so weitgehende Ablösung der Haut von ihrer ernährenden Unterlage führt natürlich zu bedeutenden Zirkulationsstörungen in der Kutis. Dunkelblaurote Verfärbung kündigt die Gangrän an, die große Bezirke der Haut zerstören und zur Abstoßung bringen kann. In zwei Fällen wurden große Hautpartien gangränös, dem entsprach in dem geheilten Fall die Narbenbildung.

Die Diagnose ist leicht, da ein einziger Ausstrich der Ödemflüssigkeit genügt, um die Diphtheriebazillen nachzuweisen. Das klinische Bild kann an gewisse Formen erysipelatöser Phlegmone erinnern, die man ebenfalls bei Kindern vereinzelt sieht. Bisweilen können Komplikationen, die der Diphtherie eigentümlich sind (Otitis media, Nephritis), oder die diphtherische Rachenerkrankung Familienangehöriger den Verdacht einer Hautdiphtherie nahelegen.

Die Prognose scheint sehr ungünstig. Von 4 Fällen sind 2 gestorben. 2 Fälle heilten nach schwerem wochenlangem Krankenlager aus unter Bildung großer kallöser Narben.

Autor hatte aus theoretischen Gründen — die Fälle kamen so spät zur Diagnose, daß man eine Wirkung des Behringschen Serums kaum noch erwarten konnte — die Serumbehandlung unterlassen. In künftigen Fällen würde er selbst noch in spätesten Stadien die Serumbehandlung einleiten, schon weil die chirurgische Therapie keine besonderen Erfolge aufweist. Grätzer.

A. Codivilla, Über die Behandlung des angeborenen Schiefhalses. (Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallschir. Bd. 5. S. 71.) C. erzielte bei der Behandlung des angeborenen Schiefhalses die besten Resultate immer in den Fällen, in denen es ihm möglich war, das auf das unbedingt Notwendige reduzierte operative

Vorgehen mit einer ausgiebigen und akkuraten Nachbehandlung zu kombinieren. Gewöhnlich wurde der Sternokleidomastoideus oberhalb des unteren Ansatzes des Muskels mit Hilfe der offenen Myotomie durchtrennt, in einigen Fällen geschah die Trennung im oberen Abschnitt des Muskels nach dem Vorgehen von Fumagalli und Lange. In einem Falle mußte die Myotomie an beiden oben erwähnten Stellen vorgenommen werden, mitunter wurde ein größerer Anteil des Muskels exstirpiert. Die subkutane Myorrhexis nach Lorenz wurde in zwei Fällen, jedoch ohne Erfolg, versucht. Statt des Fingerdruckes kann man zur Durchtrennung des Muskels einen „Myoklasten" benutzen, mit dem man, ohne die Haut zu verletzen und die großen Gefäße zu gefährden, die Muskelbündel trennen und so die Distension der Weichteile ermöglichen kann. Der Trennung des Muskels als erstem Akt der Operation folgt ein vorsichtiges und mäßiges Redressement. In zwei Fällen beobachtete C. während eines etwas brüsk vorgenommenen Redressements einen Kollaps, der ihn zum sofortigen Einstellen solcher Manöver nötigte. Dagegen wurde der Gipsverband immer in einer leicht überkorrigierten Stellung angelegt. Übermäßige Korrekturen wurden immer vermieden. Zur größeren Vorsicht wurde eine Teilung des Gipsverbandes in eine vordere und hintere Klappe in der Weise bewerkstelligt, daß zwei Giglische Sägen über die Polsterung gelegt und nach dem Hartwerden des Gipsverbandes herausgenommen wurden. Der Gipsverband blieb 10—12 Tage liegen und wurde dann durch einen kompressiven Extensionsverband aus roher Baumwolle ersetzt. Diese Maßnahmen trugen gewiß viel zur Besserung der Resultate bei, am meisten aber, wie C. glaubt, die sofort nach Entfernung des Gipsverbandes begonnene Bewegungsbehandlung, die er namentlich mit Hilfe eines von ihm nach Art des Schulthessschen Systems besonders konstruierten Pendelapparates betreiben läßt. Der Apparat ermöglicht eine gute Fixation der Schulter und des Kopfes mit Extension der Halswirbelsäule. Kopf und Hals werden in geeigneter Stellung erhalten, damit die Bewegung im Sinne eines Redressements ausfallen könne; Beugung, Streckung, seitliche Neigung, Rotation, sowie kombinierte Bewegungen können anstandslos ausgeführt werden. Der Kopf kann in geneigter, mithin hyperkorrigierter Stellung Bewegungen ausführen.

Joachimsthal (Berlin).

Hermann Gocht, Die Tenotomie der Kniebeugesehnen bei elektrischer Reizung der Muskeln. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 150.) G. empfiehlt behufs Vermeidung einer Mitverletzung des Nervus peroneus bei der subkutanen Tenotomie der Kniebeugesehnen die Anspannung aller Muskeln und Sehnen durch einen kräftigen faradischen Strom. In allen den Fällen aus G.s Beobachtung, in denen die Kniegelenkskontraktur eine absolut feste ankylotische war (also bei entzündlichen Ankylosen), wurden bei der vorhandenen Kontrakturstellung die Muskeln zu einer energischen Anspannung durch den faradischen Strom gezwungen, während die Nerven usw. unbeeinflußt blieben. In den anderen Fällen, in welchen bei der Kontrakturstellung noch Beweglichkeit vorhanden war, wurde das Kniegelenk möglichst bis zum rechten

Winkel oder noch darüber hinaus gebeugt, um so die Nerven usw. möglichst zu entspannen. Dagegen wurden die Muskeln durch den faradischen Strom wieder zu einer sehr kraftigen Kontraktion gezwungen.

Der Operateur steht in der Verlängerung des Oberschenkels unten am Tisch und palpiert mit der Linken außen die Bizepssehne, mit der Rechten umgreift er das Kniegelenk von innen und stößt das Tenotom auf der Höhe der vorspringenden Bizepskulisse ein und führt dasselbe subkutan nach außen. Nun wird etwa zwei bis drei Finger breit oberhalb der Kniegelenkslinie der sehnige Teil des Musc. biceps, lateral von außen nach innen sägend, durchtrennt so tief, bis man nicht mehr das Gefühl eines festeren Widerstandes unter der Tenotomschärfe hat. Das Tenotom wird dabei fast senkrecht geführt. Der eine elektrische Pol liegt dabei in der Kreuzbeingegend, der zweite kleinere in der oberen Hälfte des Musc. biceps unterhalb des Tuber ischii. Der faradische Strom muß für eine Reizung des Bizeps stets recht kräftig genommen werden, während z. B. der Musc. semimembranosus und semitendinosus usw. auf viel geringere elektrische Ströme hin kräftig angespannt werden.

So hat G. in den letzten $1^1/_2$ Jahren alle Tenotomien in der Kniebeuge unter dem faradischen Strom ausgeführt und niemals eine Nerven- oder sonstige Nebenverletzung zu beklagen gehabt.

Es ist selbstverständlich, daß sich diese Methode, unter dem elektrischen Strom Sehnen und Muskeln subkutan zu durchschneiden, auch auf alle übrigen Teile des menschlichen Körpers bei Gelegenheit mit Vorteil übertragen läßt. Joachimsthal (Berlin).

S. Cohn, Fall von Meningitis tuberculosa traumatica. (Aus dem städt. Krankenhaus am Urban zu Berlin.) (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1907. Nr. 13.) Ein 7 jähr. Knabe, hereditär belastet (als kleines Kind hat er Masern und Keuchhusten durchgemacht, in den letzten Jahren schwitzte er zuweilen nachts stark, war aber sonst munter), fiel am 8. November 1906 rücklings die Kellertreppe herunter und trug eine Beule am Hinterkopf davon. Seitdem klagte er über heftigen Kopfschmerz vorn oberhalb der Nasenwurzel, ging aber noch 10 Tage in die Schule. Dann wurde er aber immer matter und wurde am 22. November dem Krankenhaus zugewiesen. Hier wurde tuberkulöse Meningitis konstatiert, und am 7. Dezember trat der Exitus ein.

Daß der Knabe schon vor dem Trauma tuberkulös war, zeigte die Sektion, die eine ältere Bronchialdrüsen- und geringe Lungentuberkulose aufdeckte. Die Tuberkulose hatte aber vorher keine klinischen Erscheinungen gemacht, bis das Trauma eintrat. Man fand bei der Sektion ein von der Tabula vitrea des Stirnbeins abgesprengtes und mit der Hirnhaut verwachsenes Knochenstück, ein direkter Beweis für das stattgefundene Trauma. Letzteres bewirkte zuerst Kopfschmerzen an der Stelle des abgesprengten Knochenstückes, und 12—14 Tage später zeigten sich die ausgesprochenen Erscheinungen einer meningealen Infektion, deren Diagnose jetzt klargestellt werden konnte. Der Verlauf entsprach also durchaus demjenigen bei experi-

mentell erzeugten Fällen, so daß mit derselben Sicherheit wie aus einem positiv ausgefallenen Experiment auch aus obiger Beobachtung die Entstehung einer tuberkulösen Meningitis infolge eines Traumas bei einem bereits vorher tuberkulös infizierten Individuum erschlossen werden kann. Grätzer.

C. Keller, Die Nabelinfektion in der Säuglingssterblichkeit der Jahre 1904 und 1905 nach den Aufzeichnungen des statistischen Amtes der Stadt Berlin. (Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1906. Bd. 58.) Der Berliner Frauenarzt Carl Keller hat am 29. Juni 1906 in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin einen Vortrag mit Demonstrationen von Tabellen und Kurven gehalten und die Ergebnisse seiner umfangreichen Studien in einer ausführlichen Arbeit niedergelegt. Das grundlegende Material entstammt den ärztlichen Totenscheinen Berlins, denen auf K.s Antrag vor etwa 3 Jahren vom Polizeipräsidium für die Sterbefälle des ersten Lebensmonats eine entsprechende Fragestellung über den jeweiligen Zustand des Nabels eingefügt war, die folgende Fassung hatte:

„Bei Kindern im ersten Lebensmonat Beschaffenheit

Zutreffendes unterstreichen {
a) der Nabelschnur: abgefallen, nicht abgefallen, frisch, eingetrocknet, faulig.
b) des Nabels: verheilt, nicht verheilt, entzündet, eitrig."

Die tabellarische Zusammenstellung aller innerhalb des ersten Lebensmonates während der Jahre 1904 und 1905 in Berlin verstorbenen Säuglinge ist einerseits nach der Beschaffenheit der Nabelschnur und des Nabels, anderseits nach den entsprechenden Todesursachen unter Berücksichtigung der ehelichen und außerehelichen Abstammung geordnet; eine Erweiterung der Trennung auf die Geschlechter erwies sich als unwesentlich und bedeutungslos.

Aus der Durchsicht dieser Tabelle ergibt sich, daß in den zwei Jahren (1904 und 1905) zu Berlin innerhalb des ersten Lebensmonats 7045 Säuglinge starben (5232 eheliche, 1813 außereheliche), bis zum Ende des ersten Lebensjahres 19952 (15322 eheliche, 4630 außereheliche); also etwa ein Drittel der Todesfälle des ersten Lebensjahres erfolgt schon innerhalb des ersten Lebensmonats, bei den außerehelichen sogar $^2/_5$. „Zu demselben Resultate gelangt man, wenn für beide Zeitabschnitte die Prozentsätze der Todesfälle zu der Summe der Lebendgeburten berechnet werden." Zieht man die Fälle von an Lebensschwäche Gestorbenen (Mißbildungen, Frühgeburten, Geburtsverletzungen) ab, so „kommt auch dann immer noch auf den ersten Lebensmonat $^1/_5$—$^1/_4$ der Zahl der Todesfälle des ersten Lebensjahres."... „Das große Übergewicht der Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensmonat ändert sich ebensowenig, wenn man in entsprechender Weise die Todesfälle an Erkrankungen des Verdauungstraktus, der Luftwege und derjenigen an Lues in Abzug bringt. Die schließliche Restsumme des ersten Lebensmonats bleibt zwischen $^1/_5$ und $^1/_4$ der Sterblichkeit des ersten Lebensjahres an sich, wie auch prozentualiter zu der Zahl der Lebendgeburten."

Hinsichtlich der Störungen des Nabelabheilungsprozesses konnten

fast drei Viertel der Angaben, 5152 Fälle (3978 eheliche, 1174 außereheliche), verwertet werden; vor Beginn des Nabelabheilungsprozesses (Nabelschnur frisch) starben 1508 Säuglinge (= 29 %), während desselben 1384 (= 27 %), nach Ablauf desselben (Nabelschnur abgefallen, Nabel verheilt) 2260 (= 44 %). Der Vergleich zeigt also, daß etwa $^3/_{10}$ der im ersten Lebensmonat verstorbenen Säuglinge schon bald nach der Geburt, vor Beginn des Nabelabheilungsprozesses, ungefähr ebensoviel während und $^4/_{10}$ nach Ablauf desselben verstarben.

Als Todesursachen kommen für den ersten Zeitraum nur Lebensschwäche, ferner Lues und Nabelblutung in Betracht; für die während des Nabelabheilungsprozesses verstorbenen Säuglinge findet sich als Todesursache Nabelentzündung, infektiöse Nabelblutung, Blutvergiftung, Starrkrampf und Bauchfellentzündung notiert. Einzelheiten über die Zahlenverhältnisse mag man aus den Tabellen in der Originalarbeit ersehen. Das Ergebnis der Berechnung erhellt aus folgenden Sätzen K.s: „Mindestens jeder siebente der verstorbenen ehelichen Säuglinge litt also an einer Nabelinfektion, die bei jedem vierzehnten tödlichen Ausgang nahm. Unter den Außerehelichen erhöht sich diese Häufigkeit bis auf jeden 5. bzw. 10. verstorbenen Neugeborenen.“ In 16,8 % der Fälle war „Nabelinfektion überhaupt“ als Todesursache nachweisbar. K. meint aber, daß auch „ein Teil der Todesfälle von Lebensschwäche (59 %) noch der Nabelinfektion zugute kommt“ und begründet dies näher.

Für die Zeit nach Ablauf des Nabelabheilungsprozesses kommt als Todesursache zunächst in mehr als ein Drittel der Fälle (40,6 %) Magendarmerkrankung in Betracht, nächstdem Lebensschwäche (26,0 %). Die Todesfälle an Blutvergiftung, Starrkrampf und Bauchfellentzündung in diesem Zeitabschnitt (1,6 %) kann man auch hier noch auf Rechnung einer vorher erfolgten Nabelinfektion setzen; so berechnet K.: „Der fünfte der während der Nabelabheilung verstorbenen Säuglinge hatte also eine Nabelinfektion, die unzweifelhaft bei jedem zehnten, event. aber auch öfter, zum Tode führte.“

K. geht aber in seinen Schlußfolgerungen noch weiter und meint, daß der Prozentsatz an Nabelinfektionen „sich noch um eine gewisse Anzahl der unter ‚Lebensschwäche‘ vermerkten Todesfälle der zweiten, wie der dritten Periode des ersten Lebensmonats erhöht.“ . . . „Für die Zeit während der Nabelabheilung erhalten wir dann schon eine Häufigkeit der Nabelinfektion überhaupt von etwa 50 %, d. h. jedes zweite während dieser Zeitperiode verstorbene Kind litt an einer Nabelinfektion, die mit der Todesursache mehr oder weniger in Verbindung gestanden haben kann.“

Weiterhin hat K. das jeweilige Verhältnis der angegebenen Prozentsätze zu der jährlichen Zahl der Lebendgeborenen berechnet, in 3 Tabellen erläutert und daraus folgende Schlüsse gezogen: „Nehmen wir die mittleren Werte als die wahrscheinlichsten an, so erhöht sich die Frequenz des Nabelinfektionstodes während und nach der Nabelheilung auf 1,3 % ehelich, 2,25 außerehelich, 1,4 % in Summa der Lebendgeburten. Da in Berlin jährlich über 41000 eheliche, 8000 außereheliche, in Summa also über 49000 Kinder pro Jahr geboren werden, so würde dieses einer jährlichen Sterblich-

keitsziffer von 533 ehelichen, 180 außerehelichen, in Summa 713 Neugeborenen entsprechen.“

Am Schlusse heißt es dann: „Machen wir also für den Kindestod in dem ersten Lebensabschnitt vorzugsweise angeborene oder in der Geburt erworbene Schädlichkeiten verantwortlich, so muß der Nabelinfektion und ihren Folgen ein Gleiches für den zweiten Zeitabschnitt gelten, während die Gefahr der Verdauungsstörungen erst in dem dritten beginnt. Mit andern Worten: dieselbe Sorgfalt, welche seitens der Kinderärzte für die Verhütung der Magendarmerkrankungen gefordert wird, ist in gleicher Weise für die Nabelpflege zu verlangen, und nur diejenige Säuglingsfürsorge ist eine vollkommene, welche dieser beiderseitigen Prophylaxe gerecht zu werden bestrebt ist.“

Auf die praktische Durchführung der Nabelprophylaxe wird am Schluß der Arbeit hier nur kurz eingegangen; in der Deutschen Klinik und den Graefeschen Heften hat K. schon früher ausführliche Erörterungen über die Behandlung des Nabels der Neugeborenen niedergelegt. Er hält die von Budbergsche Methode, d. h. den Alkoholverband für das einfachste und beste. „Entsprechend zurecht geschnittene Mullläppchen werden sterilisiert, dann in einer kleinen Schale mit 96 % Alkohol aufgehoben, direkt vor dem Gebrauche derselben entnommen, ausgedrückt und um den Nabel gelegt. Die kindliche Haut verträgt den Alkoholverband an sich ausgezeichnet. . . . Den Hauptvorteil sehe ich darin, daß die sterile Verbandgaze bis zu dem Gebrauche genügend gegen Verunreinigung geschützt ist. Daneben kommt die austrocknende und desinfizierende Kraft des Alkohols wenigstens für einige Zeit länger zur Wirkung als beim einfachen Betupfen. Der Alkohol verdunstet unter dem Einfluß der Körperwärme allmählich; dann bleibt ein rein aseptischer Verband zurück, welcher den Anforderungen genügt“ usw.

Zum Schlusse wird noch eine Zusammenstellung gebracht, „in welcher der erste Lebensmonat dem ersten Lebensjahre und der jährlichen Gesamttodeszahl an Erwachsenen und Kindern überhaupt gegenüber gestellt wird.“

Anmerkung: In den Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin heißt es im Anschluß an den Bericht über K.s Vortrag (Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 58. S. 526):

„Zum Schlusse demonstriert der Vortr. noch eine Reihe von Fieberkurven von Säuglingen mit Nabelinfektion. Sie entstammen dem Material der von ihm geleiteten geburtshilflichen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses. Seit April 1906 wird auf seine Anordnung jedes Kind täglich 2 mal per Rectum gemessen. Nur diesem Verfahren war es zu verdanken, daß diese Erkrankungsfälle bemerkt wurden. Örtliche Erscheinungen fehlten oder beschränkten sich auf eine geringe Rötung des Hautrandes. Die Diagnose konnte nur per exclusionem gestellt werden. Unter den vorgelegten Fällen sind vertreten: Temperatursteigerungen bis 38,5, 39,5, 40,5, Fieberzeiten von 1—3—5 Tagen. Bei den höheren Graden und längerer Dauer wurde gleichzeitig eine ungewöhnlich große, sowie rasche Gewichtsabnahme beobachtet, welche bei einem Kinde innerhalb 3 Tagen $1\frac{1}{4}$ kg betrug. Alle Kinder sind genesen. Die Entfieberung erfolgte meist vor dem Nabelschnurabfall oder gleichzeitig mit diesem, selten nachher. Die Behandlung bestand in der Anwendung des beständigen Alkoholverbandes, welcher alle 2 Stunden gewechselt wurde. Das Baden wurde sofort ausgesetzt. Diese Fälle beweisen augenscheinlich die Notwendigkeit einer regelmäßigen Vornahme täglicher Temperaturmessungen des neugeborenen Kindes mindestens bis zum Abschluß der Nabelverheilung.“

Wie in der Diskussion, bei der sich niemand zum Wort meldete, will ich mich auch hier auf einen Bericht beschränken und jeder Kritik enthalten; doch scheint es mir wünschenswert, wenn sich einige Kinderärzte zu den Beobachtungen K.s äußerten. Wegscheider.

Cohn, Adenoide Vegetationen und Schwerhörigkeit. (Zeitschr. f. Ohrenhlkd. Bd. 52. Heft 3.) 1573 Schüler wurden von dem Verf. auf ihr Hörvermögen untersucht, schwerhörig waren von diesen 315 = 18 %. Die Schwerhörigkeit war bei diesen 315 Fällen 165 mal, also in 52,4 % durch adenoide Vegetationen bedingt. Bemerkenswert war, daß bei einer großen Anzahl von Schülern weder diesen selbst noch ihren Lehrern die Hörstörung aufgefallen war, ein Zeichen der Notwendigkeit methodischer Untersuchungen aller Kinder zu Beginn des Schuljahres. A. Sonntag.

Kissi, Über die otitische Dyspepsie der Säuglinge. (Archiv f. Ohrenhlkd. Bd. 70. Heft 1 u. 2.) Verf. hat in seiner Praxis auf Formosa im letzten halben Jahre 15 Fälle von otitischer Dyspepsie behandelt, von denen 4 entstanden waren nach Masern, 1 nach Bronchitis, bei 10 Fällen war keine Ursache herauszufinden. Außer den bekannten Symptomen, wie Verstimmung, Appetitverminderung, Verdauungsstörung, Diarrhöe, Erbrechen und Abmagerung sind noch besonders wichtige Erscheinungen Lebervergrößerung und Zähneknirschen. Solange das Trommelfell intakt ist, nimmt die Lebervergrößerung nicht ab, und die Konsistenz bleibt hart. Sobald der Eiter in der Paukenhöhle sich zu stauen anfängt, knirscht das Kind mit den Zähnen. Starke entzündliche Erscheinungen kommen bei otitischer Dyspepsie nicht vor, es soll sich nur starke Treibung und Wölbung zeigen. Verf. stellt sich die Entstehung der Dyspepsie so vor, daß das in der Paukenhöhle gebildete Sekret durch die Tube in den Verdauungskanal gelangt. A. Sonntag.

Bernheimer, Zur Behandlung der Gonoblennorrhoe. (Monatsbl. f. Augenheilk. März 1906.) Verf. hält für das beste Mittel zur Behandlung der Gonoblennorrhöe das Airol, das in Pulverform eingestreut, ohne dem Auge zu schaden, in längere und innigere Berührung mit der Bindehaut kommt. Das Argentum nitricum — von dessen Surrogaten ist er ganz abgekommen — verwendet er nur im Anfangsstadium, und zwar ohne gleichzeitige Anwendung von Kälte, da letztere die Hornhaut leichter verletzlich macht und die Iris reizt. Im Stadium starker Schwellung und Eiterung ist dagegen das Airol dem Höllenstein überlegen. Seine Anwendungsmethode ist folgende: Nach vorheriger Reinigung und Ausspülung der Bindehaut mit Wasser oder Kochsalzlösung wird auf das ektropionierte Lid ein Löffel Airolpulver gestreut. Bei starker Sekretion wird, wenn das Airol sich mit dem Sekret in einen Brei verwandelt hat, eine weitere Dosis eingestreut und das Lid reponiert. Das Verfahren wird 2—4 mal täglich angewendet. Nach Aufhören der Sekretion wird, um einen Rückfall zu verhüten, noch einige Zeit Argentum nitricum in 1 %iger Lösung eingeträufelt. Schick (München).

Ollendorf, Die Tränensackeiterung der Neugeborenen. (Ophthalm. Klinik. 1907. Nr. 2.) Die Kenntnis der kongenitalen

Tränensackeiterung ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung, denn die Erkrankung ist keineswegs so sehr selten und macht oft so wenig charakteristische Symptome, daß sie als solche nicht diagnostiziert wird. Verf. konnte in den letzten zwei Jahren 7 typische Fälle beobachten. Bezüglich der Ätiologie ist wohl eine kongenitale Atresie des unteren Endes des Tränennasenkanals anzunehmen, doch stieß Verf. in 2 Fällen auch auf deutlich rauhen Knochen. Ob hier eine primäre Knochenerkrankung vorlag oder ob ungeschicktes Massieren seitens der Angehörigen Drucknekrose zur Folge hatte, ließ sich nachträglich nicht feststellen.

Für die Diagnose ist man auf die Expression von Eiter aus dem Tränensack angewiesen. Wo Verdacht auf Tränensackeiterung besteht, ohne daß Eiter auszudrücken ist, kann die richtige Diagnose häufig nach Schlitzung eines Tränenröhrchens gestellt werden. Sehr hartnäckige einseitige Bindehautaffektionen bei Neugeborenen lassen eine Beteiligung des Tränensacks als möglich erscheinen. Bezüglich der Behandlung möchte sich Verf. nach seinen Erfahrungen auf den Standpunkt stellen, daß bei diagnostizierter Tränensackeiterung der Neugeborenen möglichst frühzeitige einmalige Sondierung die zweckmäßigste Behandlung ist; event. kann zunächst einige Tage die Behandlung mit Expression und Massage versucht werden. Die Sondierung ist so empfehlenswert, weil sie am schnellsten zur definitiven Heilung führt und weil die Gefahren einer länger dauernden Eiterung sowohl für das betroffene Auge als den Allgemeinzustand nicht übersehen werden dürfen. Die Sondierung — Verf. hatte stets nur eine einmalige nötig — ist sehr wenig eingreifend, und nur bei sehr schlechtem Ernährungszustand des Kindes ein Hinausschieben derselben indiziert. Für die schweren eitrigen Blennorrhöen infolge Tuberkulose des Tränensacks ist die frühzeitige Exstirpation des letzteren das Rationellste. Verf. macht zum Schluß noch darauf aufmerksam, daß man bei sehr hartnäckigen Bindehautkatarrhen und -eiterungen der Neugeborenen, falls keine typische Blennorrhoea neonatorum vorliegt, immer an eine etwa latente Beteiligung des Tränensacks denken soll, besonders wenn die Erkrankung der Bindehaut eine ausgesprochen einseitige ist. Schick (München).

Agricola, Über kongenitale epitheliale Bindehautxerosis. (Klin. Monatsbl. f. Augenhlkd. 1906. Beilageheft.) Verf. berichtet über zwei an der Freiburger Klinik zur Behandlung gekommene Fälle von kongenitaler epithelialer Bindehautxerosis. Der eine betraf ein 8 Jahre altes Kind, das von Geburt an auf einem Auge im äußeren Lidspaltenbereiche am Kornealrande einen weißen auf die Kornea übergreifenden, scharf umgrenzten Fleck von 1 mm Durchmesser zeigte. Seine Oberfläche war glanzlos und rauh, er war etwas prominent und ließ sich leicht auf der Unterlage verschieben und war wie von eingetrocknetem Schaum bedeckt. Das Auge zeigte keinerlei Reizerscheinungen. Der Fleck wurde exzidiert. Auch beim anderen 18jährigen Kranken fand sich im äußeren Lidspaltenbezirk ein weißer, prominenter, scharf umschriebener Fleck, der den Limbus überragte, von rauher, matter Oberfläche. Die Untersuchung auf

Xerosisbazillen hatte positives Ergebnis. Der Fleck wurde gleichfalls exzidiert. Das Mikroskop ergab eine Schicht chronisch entzündlich infiltrierten, gefäßreichen Gewebes, durchsetzt von Rundzellen und Bindegewebszellen, das Epithel zeigte epidermalen Bau.

Schick (München).

Sylla, Die Behandlung der skrofulösen Hornhautgeschwüre mit 50% Milchsäurelösung. (Wochenschrift f. Therap. u. Hyg. des Auges. 1906. Nr. 51.) Zur Behandlung der Keratitis fascicularis sowie von zerfallenden Infiltraten verwendet Verf. 50% Milchsäurelösung. Er verfährt folgendermaßen: Nach vorausgegangener Anästhesierung der Hornhaut wird Geschwürsgrund, der progressive Halbmond und das Gefäßbündel bis über den Hornhautrand mit in 50% Milchsäurelösung getauchten Watteträgern geätzt. Hierauf Atropininstillation und Verband. Nach der Ätzung auftretende Schmerzen werden durch kalte Überschläge gelindert. Die Abstoßung des Ätzschorfes wird durch Einstreuen von Dionin und durch Applikation warmer Borwasserüberschläge unterstützt und beschleunigt. Nach etwa einer Woche ist der Geschwürsgrund spiegelnd und von zartem grauem Narbengewebe bedeckt. Zu dessen weiterer Aufhellung wird noch einige Zeit mit der Verabreichung von Dionin fortgefahren.

Schick (München).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

F. Alt, Ein Beitrag zur operativen Behandlung der otogenen Fazialislähmung. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) Der infolge einer chronisch eitrigen Mittelohrentzündung oder im Anschlusse an eine Radikaloperation der Mittelohrräume gelähmte Nervus facialis zeichnet sich durch seine außerordentliche Regenerationsfähigkeit aus. Nahezu $^7/_8$ aller Fälle gehen auf Massage, Faradisation und Galvanisation nach Wochen, Monaten und selbst nach einem Zeitraume von über einem Jahre gänzlich zurück. Nur etwa $^1/_8$ der Lähmungen trotzt dieser konservativen Behandlung, so daß eine operative Therapie der Fazialisparalyse durch Anlegung einer Anastomose mit dem Nervus accessorius, bzw. dem Nervus hypoglossus indiziert ist, sobald die Lähmung durch 6 Monate bestanden hat und eine Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit als Zeichen einer beginnenden Regeneration nicht nachweisbar ist. Dieser operative Eingriff erscheint auch notwendig, wenn die Ohreiterung zu einer Nekrose des Labyrinths geführt hat und bei der Ausräumung des nekrotisierten Labyrinthgehäuses ein mehrere Zentimeter langes Stück des Nervus facialis mitentfernt werden mußte.

Einen Fall dieser Art hat A. operiert; es handelt sich um ein 6jähriges Mädchen, das seit seinem 2. Lebensjahre an eitriger Mittelohrentzündung nach Scharlach litt. Der Fall zeigte, daß der Fazialis mitunter in krankes Gewebe eingebettet ist, ohne seine Leistungsfähigkeit verloren zu haben, daß aber aus vitalen Rücksichten die Entfernung des kranken Gewebes unerläßlich und die hierdurch bedingte Fazialislähmung unausweichlich ist.

Da eine spontane Regeneration des Fazialis unter diesen Umständen ausgeschlossen war, beabsichtigte A. wenige Tage nach der Operation zur Restitution der Nervenfunktion eine Anastomose zwischen Hypoglossus und Fazialis anzulegen. Aber das Kind erkrankte zu dieser Zeit an Morbillen, und die Operation konnte erst 4 Wochen später zur Ausführung gelangen. Nach 3 Tagen folgten Sprech- und Schluckbeschwerden. Erfolg der Operation: Nach 3 Wochen partielle Wiederkehr der galvanischen Erregbarkeit, nach 10 Wochen Lidschluß bis auf eine ganz schmale Spalte; keine Atrophie der Gesichtsmuskulatur; fast vollständige Ausgleichung der Gesichtsasymmetrie in Ruhestellung, Asymmetrie nur beim Sprechen und Lachen bemerkbar.

Grätzer.

H. v. Schrötter (Wien), Zur Bronchoskopie bei Fremdkörpern. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.) Es gelang v. Sch. bei einem 10 Monate alten Kinde, durch äußere Umstände (Fehlen eines Tubus von entsprechenden Dimensionen) um einen Tag verzögert, ein scharfkantiges Knochenstück von auffallender Größe (Dimension 9 × 11 mm), das sich schließlich an der Teilungsstelle des rechten Bronchus verankert hatte, im Wege der oberen Methode (Tubus von 5 mm Durchmesser und 18 cm Länge, Pinzette) ohne Narkose, ohne Lokalanästhesie mit Sicherheit und schonend zu entfernen; Erscheinungen von Bronchopneumonie mäßigen Grades, Heilung.

Grätzer.

E. Niessner, Über ein neues Operationsverfahren bei Anus vulvovestibularis. (Aus dem Zivilspitale des Deutschen Ritter-Ordens in Troppau.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Die von N. vorgeschlagene, mit Erfolg bei einem $^1/_2$ jährigen Kinde ausgeführte Methode ist folgende:

Der Hautschnitt reicht von der Steißspitze zur widernatürlichen Afteröffnung und umkreist dieselbe; er legt die Muskulatur des Beckenausganges in übersichtlicher Weise frei. Er verletzt nur einige wenige, vom äußeren Schließmuskel zur Haut ziehende Fasern. Mit einem glatten Elevatorium oder dem Skalpellgriff läßt sich der Mastdarm leicht von der über und hinter ihm gelegenen Muskulatur des Transversus perinei und Levator ani samt der tiefen Beckenfaszie und dem übrigen Gewebe stumpf ablösen. Der Ansatz gegen die Scheide und das höher gelegene Septum rectovaginale gelingt mit wenigen Schlägen einer gebogenen Schere. Dadurch wird der ganze Mastdarm bis zur Steißbeinspitze ohne Verletzung desselben frei beweglich. Eine Kornzange wird durch die Mitte des Sphincter externus durchgeführt, der Schlitz genügend erweitert und der frei bewegliche Mastdarm durchgezogen und mit der äußeren Haut vernäht. Der gegen die Scheide zu liegende, beim Kinde etwa kleinfingerdicke Muskelteil wird durch einige zugleich durch die Haut geführte Nähte mit dem Septum rectovaginale vernäht. Dadurch verändert sich sofort das Aussehen des Perineums, die gleichmäßige runde Wölbung, die man bei der Anomalie beobachtet, wird durch die normale Einziehung des Dammes unterbrochen. Naht der noch offenen Hautwunde. Die Blutung ist keine nennenswerte. Die Ränder der Vaginallücke liegen aneinander und bedürfen keiner Naht. Um nicht durch Kotabgang bei der Opera-

tion gestört zu werden, kann man die Afterausmündung provisorisch verschließen und nach Vollendung der Operation öffnen. Die ganze Ausführung der Operation beansprucht ca. 20 Minuten. Es wird dabei das angestrebt, was bei der embryologischen Entwicklung versäumt wurde, eine Vereinigung der den Damm bildenden und zur Raphe zusammentretenden Analhöcker mit dem Septum rectovaginale und die Bildung eines aus Muskeln bestehenden Dammes. Ein Mißlingen der Operation ist nahezu ausgeschlossen.

Die Vorteile, die das Verfahren gegenüber den früheren Methoden bietet, sind: Sichere Vermeidung von Mastdarmscheidenfisteln, Sicherung der Kontinenz auch in Fällen, in welchen der Sphincter internus unzureichend ist. Bezüglich der Mastdarmverengung werden die Erfahrungen das entscheidende Wort zu sprechen haben. Grätzer.

Emil Neisser, Erbliches Zittern. (Aus dem Allerheiligenhospital in Breslau.) (Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 42.) Bei einem 10jährigen Knaben zeigen die Finger, sobald man die Hände ausstrecken läßt, einen starken rhythmischen Tremor, der ganz besonders deutlich wird, wenn man den Patienten einen Gegenstand fassen heißt, und auch die Schrift ersichtlich beeinflußt. Auch die Zunge zeigt deutliches Zittern, endlich sind auch die Füße nicht frei davon. Nystagmus fehlt. Vorhanden sind dagegen noch Spasmen in den Knien und recht starke Patellarreflexe.

Der 54jährige Vater des Patienten ist ebenfalls mit außerordentlich starkem Tremor an den Händen behaftet und mit sehr heftigem Zungenzittern, und dessen Vater wiederum, sowie eine seiner Schwestern hatten bzw. haben das gleiche Leiden.

Sehr interessant ist, daß die Affektion bei den Vertretern der einzelnen Generationen dem Lebensalter nach immer früher auftrat, bzw. sich in immer früherem Alter störend bemerkbar machte. Der Großvater übte noch ein Handwerk aus, beim Vater des Knaben trat das Leiden erst nach der Militärzeit stärker hervor, bei dem jüngsten „Zitterer" aber erschwert der Tremor schon das Fortkommen in der Schule. Grätzer.

Winselmann (Krefeld), Erfahrungen aus der Praxis über Appendizitis. (Wiener klin. Rundschau. 1907. Nr. 24 u. 25.) W. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Skrofulöse und tuberkulöse Erkrankung und Belastung spielen in der Pathogenese der Blinddarmkrankheit eine Hauptrolle.
2. Die zur Entstehung der Blinddarmkrankheit erforderliche Prädisposition des Darmes ist durch jene Konstitutionsanomalien in Form minderwertiger Anlage der Darmschleimhaut gegeben.
3. Schwangere erkranken auffällig selten an Blinddarmentzündung.
4. Jauchiges Empyem und Lungengangrän rechterseits im Kindesalter sind häufig die Endausgänge einer latenten Appendizitis mit Paratyphlitis.
5. Bei anscheinend primärem Leberabszeß ist an die Möglichkeit metastatischer Entstehung nach latenter Appendizitis zu denken.
6. Der akute fieberhafte Ileus des frühen Kindesalters beruht stets auf latenter Appendizitis.

7. In akuten Fällen von Appendizitis ist das Verhalten des Peritoneums maßgebend für die Bestimmung des Zeitpunktes des operativen Eingriffes.

8. Die diffuse eitrig-septische Peritonitis ist als vielbuchtiger Abszeß zu betrachten und danach zu behandeln. Der praktische Arzt kann und muß die Technik des einfachen Bauchschnittes beherrschen.

9. Antiskrofulöse Behandlung abgelaufener Fälle von Appendizitis neben einfacher Lebensweise führt oft zu Dauerheilungen. Grätzer.

Arrese, Drei Fälle von Incontinentia urinae, nach der Jaboulayschen Methode behandelt. (Rev. Español de Dermatologie. Ref.: Rev. de Med. y Cir. Práct 21. Febr. 1907.) In allen 3 Fällen wurde durch retrorektale Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung ein günstiger Erfolg erzielt, der schon von der ersten Injektion an deutlich zu erkennen war. Die Methode wird als einfach in der Ausführung bezeichnet. M. Kaufmann.

Joaquin L. Dueñas, Die Pyelitis des Säuglingsalters. (Archivos latino-americanos de Pediatria. Oktober 1906.) 6 Monate alter Knabe, der 5 Monate lang Muttermilch bekommen hatte. Am 5. März 1905 Vakzination von Arm zu Arm. 8 Tage danach Impferysipel, Ekthymapusteln, Balanoposthitis, dann akute Cystitis und häufige, schmerzhafte Miktionen, Tenesmus, Fieber, Urin trüb und übelriechend. Die Temperatur während der 8 auf das Einsetzen des Erysipels folgenden Tage sehr hoch, fällt für 3—4 Tage ab, um dann mit dem Beginn der Cystitis wieder anzusteigen. Die Untersuchung des Urins ergibt am 6. April, 12—14 Tage nach dem Beginn der Blasenerkrankung, saure Reaktion mit eitrigem und albuminösem Sediment. Bei der Ankunft in Havanna ist das Kind bleich, anämisch, abgemagert. Urin spärlich, dick, trüb, milchig. Das Sediment überschreitet 50% des gesammelten Urins. Die bakteriologische Analyse ergibt zahlreiche Bazillen in der mittleren Lage der Flüssigkeit, Streptokokken und Diplokokken im Sediment. Agarkulturen bestehen aus Proteus vulgaris und Mikrokokken. Schmerzen in der Nierengegend bestätigen die auf Pyelitis gestellte Diagnose. Im Mai Verschlimmerung des Zustandes durch eine Enteritis, wechselnder Zustand längere Zeit hindurch. Amme. Im Februar 1906 Entwöhnung und Ersatz durch Kuhmilch. Resumé: Bis zum 5. Monat gesunder Knabe erkrankt nach einer unsauberen Impfung an einem Erysipel; polymorphes Exanthem (Roseola, Papeln, Ekthyma); Balanoposthitis, aufsteigende Urininfektion, Pyelocystitis, dann reine Pyelitis, Gesamtdauer 5 Monate. Die Phimose hat sicherlich eine wichtige Rolle bei der Urininfektion gespielt, die eine gemischte war: Mikrokokken, Diplokokken, Proteus vulgaris usw. H. Netter (Pforzheim).

Wilson Smith, Kongenitale Syphilis mit ungewöhnlichen Symptomen. (British medical Journal. 1907. Bd. I. 19. Januar.) 16 Monate altes Kind, rechtzeitig geboren und bei künstlicher Ernährung mehrere Monate gesund. Bei der Aufnahme konstatiert man Ikterus, großen Leib mit starker Venenerweiterung, ohne Erguß im Bauchfellraum. Leber stark hypertrophisch, glatt und hart, Milz

weniger groß. Eine Blutuntersuchung eine Woche später ergibt eine Leukozytose, ohne kernhaltige rote, mit gleichgroßem Verhältnis zwischen Lymphozyten und Polynukleären. Das Kind erhält Arsen und Knochenmark. Am 17. März, am 11. Tag der Krankenhausbeobachtung, findet man 7200000 rote und 80000 weiße Blutkörperchen; am 23. 6400000 Erythrozyten bei 62000 Leukozyten. Am 31. verläßt das Kind das Hospital; die Diagnose schwankte zwischen syphilitischer Cirrhose und Leukämie. Tod am 6. April. Bei der Autopsie geringer Aszites, Leber und Milz groß. Die histologische Untersuchung ergab die Zeichen einer kongenitalen Syphilis: perizelluläre Cirrhose, keine Leukämie. H. Netter (Pforzheim).

Williams, Peliosis rheumatica. (Brit. med. Journ. 1907. Bd. I. 12. Januar.) Am 19. Oktober 1906 präsentiert sich ein 13jähr. Knabe mit den Zeichen des Rheumatismus. Er ist bleich, hat Halsschmerzen und eine schmerzhafte Schwellung des rechten Kniegelenks und Fieber. Bettruhe und Natr. salicylicum werden verordnet. 2 Tage später rote Flecke an den Beinen, die auf Druck nicht verschwinden. Am 23. eine große Purpurastelle auf der rechten Wange, rechtes oberes Augenlid und Augenbrauen ekchymotisch und geschwollen. Auf der stark geschwollenen Oberlippe erscheinen ebenfalls Purpuraflecke. 3 Tage später neuer Fieberanstieg, Schmerzen am linken Ellenbogen und an der großen Zehe. Schmerzen in der Magengegend und im Unterleib. Am 27. Oktober Diarrhöe und Melaena. Blutiger Auswurf. Urin frei, Verschwinden der Schmerzen. Dauer der Krankheit 1 Monat. Urticaria mit Purpuraflecken während der Rekonvaleszenz. — Ein Bruder des Patienten hatte mit 16 Jahren ähnliche Zufälle gehabt und ist jetzt noch von starkem Nasenbluten heimgesucht. Der Vater hatte zweimal heftige Blutungen, während die Mutter nicht zu Blutungen neigt. Auf die Purpura wirkte günstig das Calciumacetat, während im Beginn der Krankheit Salizylsäure versagt hatte.
H. Netter (Pforzheim).

A. Delcourt, Un cas de maladie le Raynaud. (La Belgique médicale. 1907. Nr. 22.) In der „Société Clinique des Hopitaux de Bruxelles“ (Sitzung vom 11. Mai 1907) stellte D. ein 5jähriges Kind mit symmetrischen Hautwunden an beiden Füßen vor: Die Epidermis abgehoben, eitrige Sekretion und Schorfe, besonders rechts. Die Extremitäten haben eine bläuliche Farbe, sind aber nicht kalt. Lymphangitische Stränge durchziehen die Unterschenkel. Die Mutter ist an Syphilis behandelt worden, der Vater ist skrofulös, der Knabe war nie besonders gesund. In der ersten Kindheit litt er an Furunkulose. 1 Jahr vor seiner jetzigen Erkrankung wurde er wegen Frostbeulen an beiden Füßen im Hospital behandelt. Der Beginn der jetzigen Erkrankung liegt 5—6 Tage zurück. Die Füße wurden der Sitz eines starken weißen Ödems, dann erschienen Blasen, nach deren Platzen die Haut bloß lag. Beginn und Verlauf der Krankheit, die Symmetrie der Läsionen, veranlassen den Verf. die Diagnose auf Raynaudsche Krankheit zu stellen, — eine abgeschwächte Form allerdings. Ohne in die Details der Frage, nach einem Zusammenhang zwischen den Erfrierungen und gewisser abgeschwächter Formen

der Raynaudschen Krankheit eintreten zu wollen, nimmt der Vortr. an, daß die Erfrierung beider Füße viel zur jetzigen Lokalisation der Krankheit beigetragen hat. Die Unterernährung des, den Mißhandlungen der Mutter ausgesetzten Kindes, haben vielleicht den Ausbruch der Krankheit begünstigt, eine Annahme, die ihre Stütze in der Beobachtung finden würde, daß die Raynaudsche Krankheit nicht nur im Gefolge von Infektionskrankheiten, Malaria, Syphilis, Rheumatismus usw. sondern auch bei allen kachektischen Zuständen aufgetreten ist.

H. Netter (Pforzheim).

Maygrier, De la survie des prématurés-nés. (Semaine médicale. 1907. Nr. 24.) M. teilt die statistischen Ergebnisse der Aufzucht der von 1898—1907 an der Entbindungsanstalt der Charité vorzeitig (vom 6.—5. Monat) geborenen Kinder mit. Von 735 Frühgeborenen haben 616 die Anstalt lebend und gesund verlassen, was einen Prozentsatz von 83,81 % der Überlebenden gleichkommt. Die Säuglingsberatungsstelle der Charité konnte 146 dieser Kinder weiterverfolgen und die Mütter beim Aufziehen unterstützen. Von diesen 146 kongenital-debilen Kinder starben 5, eine Mortalität von 3,42 %. Die Proportion der Überlebenden wäre danach 96,58 %.

H. Netter (Pforzheim).

A. Cartonnet, Ataxie des muscles oculo-moteurs et paralysies oculaires dans un cas de tabes juvénile. (Gazette des hôp. 1907. Nr. 68. 15. Juni.) Es handelt sich um einen 15 jährigen, hereditär-syphilitischen und tabischen Knaben. Mit 13 Jahren Beginn des Leidens mit Enuresis diurna, dann Paralyse der Augenmuskeln, des linken Rectus superior und internus: unter spezifischer Behandlung gewann letzterer seine Aktivität wieder, der Rectus superior blieb allein funktionsunfähig. Der Kranke bietet die Zeichen der hereditären Syphilis und der Tabes: Ungleichheit der Pupillen, Rombergsches und Argyll-Robertsonsches Symptom, Westphalsches Symptom, Muskelhypotonie, lancinierende Schmerzen usw.

H. Netter (Pforzheim).

R. Fischl (Prague), Les vomissements acétonémiques et l'hystérie infantile. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Juillet 1906. S. 289.) Der Verf. hat drei Fälle von periodischem Erbrechen verbunden mit Azetonurie bei Kindern beobachtet und ist der Ansicht, daß dieselben auf Hysterie beruhten, so daß sie durch suggestive Maßnahmen günstig beeinflußt wurden. Das Erbrechen ist entweder ein Symptom der latenten Hysterie, oder die erste Erscheinung der aktiven Krankheit. Was die Azetonurie anbetrifft, so wird dieselbe oft als Begleiterscheinung dieser Neurose beobachtet und bildet also keinen Gegenbeweis mit Bezug auf die erwähnte Ätiologie.

E. Toff (Braila).

L. Bériel, Un cas de paralysie faciale obstétricale spontanée. (Revue mens. de malad. de l'enfance. Novembre 1906.) Der Fall dient als Illustration für die Tatsache, daß Geburtslähmungen des Fazialis auch dann auftreten können, wann keine Forcepsextraktion vorgenommen worden ist und überhaupt die Geburt rasch und leicht verlaufen war. Eine Ätiologie für die Lähmung konnte für den Fall

nicht aufgefunden werden, auch als kongenital konnte sie nicht aufgefaßt werden, da keine Agenesie des Felsenbeines und keine sichtbare Mißbildung von seiten des Schädels oder des Ohres zu bemerken war, wie dies von mehreren Autoren als charakteristisch für die angeborene Fazialislähmung beschrieben wurde. Auch sonst bestand keine Erkrankung des betreffenden Kindes, vielmehr war die Lähmung einige Wochen nach der Geburt im Abnehmen begriffen und mit 6 Monaten vollständig verschwunden. E. Toff (Braila).

P. Armand-Delille et **Genévrier** (Paris), Un cas de tétanos consécutif à des engelures ulcérées. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Décembre 1906. S. 562.) Das betreffende $12^1/_2$ jährige, schwächliche und blutarme Mädchen bot tiefe Ulzeration der Zehen, die sich infolge von Frostbeulen entwickelt hatten. Trotz eingeleiteter antiseptischer Behandlung traten am 5. Tage nach dem Spitaleintritte Symptome von Tetanus auf, die sich immer mehr verschlimmerten und nach 12 Tagen zum Tode führten. Die täglich vorgenommenen Einspritzungen von je 40 ccm antitetanischem Serum und auch die sonstigen therapeutischen Maßnahmen waren auf den Verlauf der Krankheit ohne jedweden Erfolg geblieben.

Die bakteriologischen Untersuchungen der betreffenden Geschwüre hatten den Nachweis von Tetanusbazillen gestattet und bei den vorgenommenen Tierversuchen zeigten sich dieselben von großer Virulenz.

Es unterliegt also keinem Zweifel, daß die tetanische Infektion von einer Verunreinigung der betreffenden Fußgeschwüre ausgegangen ist, und schlagen die Verff. auch für derartige Fußwunden die prophylaktische Einspritzung von antitetanischem Serum, wie diese bei jeder infizierten Fußwunde vorgenommen werden soll, vor.

E. Toff (Braila).

Maurice Péraire, Mal de Pott guéri depuis trois ans et demi. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Janvier 1907.) Es handelte sich um einen 21 jährigen Mann mit einem doppelten kalten Abszesse der dorsalen Wirbelsäule, welcher außerdem auch Zeichen von tuberkulöser Infiltration der Lungenspitzen darbot. Die beiden, etwa orangengroßen Abszeßteile wurden durch Punktion entleert, ein Gipsmieder und Kompressivverband angelegt und der Patient aufs Land geschickt. Nach einigen Monaten wurde eine weitere Punktion vorgenommen, da sich wieder Eiter gebildet hatte, dann, im nächstfolgenden Jahre der Gipsapparat durch einen solchen aus plastischem Filz ersetzt. Während dieser Zeit hatte sich ein Perinealabszeß entwickelt und es bildete sich eine Fistel, welche 8 Monate dauerte. Nichtsdestoweniger kann der Patient heute, also $3^1/_4$ Jahre nach der ersten Punktion, als vollkommen geheilt betrachtet werden. Die Abszesse haben sich nicht wieder gezeigt, die Infiltration der Lungenspitzen ist nicht mehr nachweisbar, auch sonst ist der Allgemeinzustand ein sehr guter, und dies alles wurde ohne jedwede Lokalbehandlung außer Punktion und Immobilisierung, verbunden mit Landaufenthalt, erzielt. E. Toff (Braila).

A. B. Marfan et **Henri Lemaire** (Paris), Contribution à l'étude des accidents séro-toxiques. — L'érythème marginé aberrant.

(Revue mens. des malad. de l'enfance. Janvier 1907.) Unter den verschiedenen Hauteruptionen, welche nach Einspritzungen von antidiphtherischem Serum auftreten, haben die Verff. eine speziell geartete in einer gewissen Anzahl von Fällen beobachten können und derselben den Namen Erythème marginé aberrant gegeben. Dasselbe gehört zu den späten sero-toxischen Erscheinungen, da es zwischen 8. und 12. Tag nach der Seruminjektion auftritt und mitunter selbst am 15. Tage erscheinen kann. Es handelt sich gewöhnlich um eine fieberhafte Eruption, doch besteht kein Parallelismus zwischen den Hauterscheinungen und der Höhe der Temperatur.

Das Erythem erscheint meist in der Bauchgegend, um die Injektionsstelle herum und breitet sich dann auf Kreuz und untere Extremitäten aus. Es treten lebhaft rote Flecke auf, die an Masernflecke erinnern, dieselben vergrößern sich rasch, die Mitte blaßt ab, während die Ränder die rote Färbung beibehalten. Durch das exzentrische Fortschreiten konfluieren dieselben und bilden arabeskenartige Zeichnungen. Während an manchen Körperstellen neue Papeln aufschießen, zeigen andere die verschiedenen Stadien der erwähnten Evolution. Unter den allgemeinen Symptomen ist eine gewisse Hinfälligkeit, Appetitlosigkeit, eventuell auch diarrhoische Stuhlentleerung zu erwähnen. Dies alles läuft innerhalb 2—5 Tagen ab, doch kommen auch Rückfälle vor. In einer großen Anzahl von Fällen folgt das geänderte Erythem auf Urticaria (11 mal unter 32 Fällen). Obwohl die Entwicklung des Erythems sehr rasch vor sich geht, so gibt es doch Fälle, wo die masernähnlichen Flecke durch einige Tage hindurch bestehen nnd den Verdacht auf wirkliche Masern erwecken können, namentlich wenn gleichzeitig auch ein leichter Katarrh der Luftwege besteht.

Zahlreiche Umstände sprechen dafür, daß das in Rede stehende Erythem sero-toxischer Natur ist, doch gibt es gewisse Umstände, welche dem Ausbruche desselben Vorschub leisten, wie die Menge des eingespritzten Serums, die Individualität des Pferdes, von dem dasselbe herstammt, und endlich das Alter des Patienten, insofern Kinder seltener die Hauteruption darbieten, als Erwachsene. Der Verlauf der Krankheit ist ein gutartiger, doch sind einige therapeutische Maßnahmen von Vorteil, und zwar Bettruhe, Milchdiät und eine leichte Kalomeldosis. In prophylaktischer Beziehung ist nicht viel zu machen, solange es nicht gelungen ist, das antidiphtherische Serum von den schädlichen Stoffen, die es enthält, zu befreien und nur die therapeutisch wirksamen beizubehalten.

E. Toff (Braila).

Marinescu-Sadoveanu, Die Behandlung der Lungentuberkulose mittels subkutaner isotonischer Einspritzungen von Meerwasser. (Spitalul. 1906. Nr. 20.) Der Verf. hat einige Fälle von Lungentuberkulose mit Einspritzungen von Meerwasser behandelt und recht gute Erfolge erzielt. Das Wasser wurde dem Meere, bei ruhigem Wetter in einer Entfernung von 2 Meilen vom Ufer und in einer Tiefe von 10 m entnommen und hiervon, ohne es zu sterilisieren, 50—350 ccm 2 mal wöchentlich eingespritzt. Fast alle Patienten boten nach der Injektion eine febrile Reaktion mit Steigerung der

Temperatur bis 38° und selbst 39°, die aber nach 2 Stunden wieder normal wurde. Die Schmerzen nach der Einspritzung dauerten nicht lange an, und nur ausnahmsweise war die Injektionsstelle noch am zweiten Tage empfindlich.

Bezüglich des Krankheitsprozesses haben die betreffenden Einspritzungen folgende Wirkung: Der Husten nimmt ab, die Expektoration wird geringer, ebenso auch die nächtlichen Schweiße, die auch ganz aufhören können. Der Schlaf wird besser und ruhiger. Auskultatorisch kann man eine Abnahme der Rasselgeräusche feststellen.

E. Toff (Braila).

C. A. Brezeanu, Das Spital und das Sanatorium für Tuberkulöse von Filaret. (Spitalul. 1907. Nr. 5.) Das Institut, für dessen Aufbau die unter der Präsidentschaft des Prof. Dr. Petrini-Galatz stehende „Gesellschaft für die Prophylaxis der Tuberkulose" 400000 Fr. ausgegeben hat, ist in der Nähe von Bukarest auf einem Plateau gelegen und von einem schönen, teilweise noch in Entwicklung befindlichen Park, umgeben. Das Spital besitzt 60 Betten, das Sanatorium 20 Betten und nimmt ersteres Kranke mit offener, letzteres nur solche mit geschlossener Tuberkulose auf. Pflege und Behandlung finden vollkommen unentgeltlich statt und werden nur arme, nach Bukarest zuständige Kranke aufgenommen. Mehrere Ärzte, eine Ärztin und einige Doktoranden leiten die Behandlung, welche hauptsächlich in Ruhe, Überernährung und Freiluftkur besteht. Von Medikamenten werden nur Kreosotal, Geosot und einige Tonika verabreicht, eventuell wird, bei bedrohlichen Erscheinungen, symptomatisch interveniert. Trotzdem erst kurze Zeit seit Eröffnung dieses Sanatoriums verflossen ist, sind die bis nun erzielten Resultate recht zufriedenstellend und die Gesellschaft gedenkt, ähnliche Sanatorien und Spitäler auch in anderen Teilen des Landes zu errichten.

E. Toff (Braila).

Korybut-Daszkiewicz, Epidemische Parotitis bei Kindern. (Medycyna. 1906. Nr. 36, 37.) Eine kasuistische Mitteilung eines mit sehr schweren Symptomen bei einem 13 jährigen Knaben verlaufenen Falles von Parotitis beiderseits. Es traten auf: hohes Fieber, Erbrechen, Cheyn Stokessches Athmen, Meningismus, sowie beiderseitige Entzündung der Submaxillardrüsen (Submaxillitis).

Gabel (Lemberg).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 18. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Köln am 3. März 1907.

Im Anschlusse an einen kurzen Vortrag des Herrn Rey: „**Die Stellung des Spezialarztes für Kinderheilkunde zu der neuen ärztlichen Standesbewegung**" erfolgte eine lebhafte Diskussion, an der sich Spezialisten und praktische Ärzte beteiligten und die zur einstimmigen Annahme folgender Resolution führte: In letzter Zeit ist in der Fachpresse vielfach die Frage erörtert worden, ob und in welchem Umfange es

berechtigt sei, die Kinderheilkunde als Spezialfach auszuüben. Obschon die Berechtigung dieses Spezialfaches durch die besonders in den letzten zehn Jahren auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte wissenschaftlich und technisch wie bei kaum einem anderen Spezialfache außer Zweifel steht, wird in einer Stadt des rheinisch-westfälischen Industriebezirkes eine durchaus unberechtigte Einschränkung der Tätigkeit der dort ansässigen Kinderärzte angestrebt, die deren Existenz vernichten müßte. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte hat hierzu in ihrer Sitzung vom 3. März d. J. Stellung genommen und folgende Beschlüsse gefaßt:

1. Unter Ausübung der Kinderheilkunde ist zu verstehen die Erteilung von Ratschlägen und Behandlung in allen die Physiologie, Hygiene, Pathologie und Therapie von Kindern betreffenden Fällen. Kinder sind Individuen, die noch nicht geschlechtsreif sind.

2. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte ist bereit, an einer Standesordnung für das ganze Spezialarztwesen ihres Bezirkes mitzuarbeiten — sie lehnt es aber für sich und ihre Mitglieder ab, an Bestimmungen zu einer Standesordnung mitzuarbeiten, die lediglich auf die Kinderärzte zugespitzt werden sollen.

3. Die Vereinigung richtet an alle praktischen Ärzte des Bezirkes die Aufforderung, sich durch Teilnahme an den Sitzungen der Vereinigung von der Berechtigung der Kinderheilkunde als praktisches Spezialfach zu überzeugen.

Rensburg (Elberfeld) demonstriert ein Präparat von **peritonealen Verwachsungen der Nabelgegend.**

Koch (Elberfeld) demonstriert Präparate von **Empyem** und **hereditärer Syphilis.**

Weyl (Düsseldorf) demonstriert histologische Präparate von einem **Hautkarzinom, das sich aus einem Angiom** entwickelt hatte.

Cramer (Bonn) spricht über: „**Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse**". Die Entwicklung der weiblichen Brustdrüse ist abhängig von der Funktion des Ovariums. Physiologische und pathologische Reizzustände am Eierstock und am Geschlechtsapparat haben auch Reizzustände der Brustdrüse zur Folge. Für die Funktion der Drüse, die Milchsekretion, ist Vorbedingung eine überstandene Schwangerschaft. Dieselbe braucht jedoch nicht annähernd ausgetragen gewesen zu sein. Schon durch Fehlgeburten der ersten Monate kann der Reiz für die Milchabsonderung ausgelöst werden. In der Schwangerschaft der letzten Monate besteht ein Hemmungsreiz für die Milchsekretion, der so lange anhält, bis die Geburt beendet ist. Sowohl das Aufhören des kindlichen Stoffwechsels, als auch die Entleerung des Uterus können für sich den Anstoß zur Milchabsonderung geben. Die Laktation kann mehrere Jahre anhalten. Noch längere Zeit nach der Geburt gelingt es, die Brustdrüse, die vorher für das Stillgeschäft nicht beansprucht worden war, in genügende Funktion zu bringen. Die Milchsekretion vollzieht sich völlig unabhängig vom Ovarium. Durch starke psychische Einwirkungen kann die Funktion der Brustdrüse primär gestört werden.

An den Vortrag schloß sich eine lebhafte Diskussion an, an der sich unter anderen die Herren Heidenhain, Rensburg, Siegert, Selter, Rey und Engel beteiligten. Sie bestätigen die Beobachtungen des Vortragenden und fügen eigene Beobachtungen hinzu, z. B. $7^1/_2$ monatliches Stillen eines fremden Kindes von einer Frau, die im fünften Monate ihrer Schwangerschaft abortierte; drei Jahre anhaltendes Stillen einer Frau, die während dieser ganzen Zeit nicht menstruierte; mehrere Fälle vom Stillen des einen Kindes bis zum Eintritt der Geburt des folgenden; Auslösen genügender Milchsekretion nach 3 wöchigem Nichtstillen. Bei ungenügender Sekretion wirkt das Beibringen der Überzeugung von der Fähigkeit zu stillen fördernd, umgekehrt das Vorreden von der Unfähigkeit hemmend auf die Sekretion. Das Versiegen der Sekretion bei Schrecken wurde von allen Diskussionsrednern zugegeben, nach einigen Tagen stellt sich bei fortdauerndem, geordnetem Anlegen des Kindes unter ständigem Ansteigen der Milchmenge wieder normale Sekretion ein. Die Milchsekretion wird im besonderen durch Ausstoßung der Placenta ausgelöst, die höchste 24 stündige Menge betrug bisher 4000 g.

Zum Schlusse bemerkt Cramer: Eine wichtige, noch unentschiedene Frage ist es, ob Flüssigkeitsabsonderung aus der Brust stets gleichbedeutend ist resp. gleichgesetzt werden kann mit Milchsekretion. Bisher ist der Beweis hierfür z. B.

für die virginelle Flüssigkeitsabsonderung nicht erbracht worden. Deshalb kann auch nicht ohne weiteres behauptet werden, daß diejenigen Reize, die Anschwellung und Flüssigkeitsabsonderung der Brust hervorrufen, auch Milchsekretion zur Folge haben können. Rey.

Sitzung des hygienischen Landesvereins zu Budapest
am 4. März 1907.

Ferencz v. Torday hält einen Vortrag über das **Ammenwesen**. T. könnte das Ammenwesen nicht entbehren, es muß geregelt und unter gesetzliche Kontrolle gestellt werden. Die Familie, die sich eine Amme nimmt, soll für das Kind der Amme im staatlichen Kinderasyle die Kosten erlegen und diese Institute mögen bei diesen Säuglingen eine Ausnahme machen und sie ohne die stillfähige Mutter akzeptieren. In den Geburtsanstalten soll man den Frauen das System des staatlichen Säuglingsschutzes beibringen, um ihnen die Wege nach Entlassung aus der Geburtsanstalt zu ebnen.

Menyhért Edelmann ist ein abgesagter Feind des Ammenwesens. Von der Ethik ganz abgesehen, spricht alles gegen die Amme. Muttermilch und Ammenmilch sind nicht gleichwertig. Die Ansichten Bunges über Stillunfähigkeit der Mütter widerlegt er mit Salges schwerwiegenden Daten. Seiner Ansicht nach soll und kann der Staat seine Sanktion für die Unterbringung der Ammenkinder nicht geben. Er plädiert für die Mitnahme der Ammenkinder in die Familie (System der Milchgeschwister) und für die Schaffung einer ungarischen „loi Roussel". Die Hebammenschülerinnen sollen entsprechenden Unterricht über den Kinderschutz und die Kinderhygiene erhalten.

Ernö Deutsch fordert gehörige Energie von seiten der Ärzte, die überaus leicht die Anschaffung einer Amme zugeben. Chrobak und Escherich haben Recht, wenn sie „Ein Mahnwort an die Ärzte zur Förderung des Selbststillens" richten. Der Arzt soll nicht leicht kapitulieren, sondern die Worte Boërs den Frauen zuzurufen: „Eine Frau, die imstande ist ihr Kind neun Monate hindurch zu tragen, hat auch noch die Kraft, es durch weitere sechs Monate zu ernähren." Man muß diesen Müttern beibringen, daß das Stillen für ihre Gesundheit von Vorteil und für ihre Schönheit nicht nachträglich ist. Die Kontraindikationen des Stillens müssen eingeengt werden. Agalaktie ist überaus selten, bei Hypogalaktie kann man durch „allaitement mixte" helfen. Die Ärztewelt soll sich durch die industrielle Reklame der künstlichen Säuglingsnährpräparate nicht beirren lassen und unermüdlich für die natürliche Ernährung die Lanze brechen. Das System der Milchgeschwister ist ideal etwas schwer durchführbar; er ist eifriger Verfechter der Rousselschen Gesetzgebung.

Präsident Gjula Elischer resümiert das Gehörte und verspricht die Elaborate an die Ministerien gelangen zu lassen. E. Deutsch (Budapest).

IV. Therapeutische Notizen.

Die rationelle Säuglingsernährung ist eine der schwierigsten Aufgaben unserer Zeit. In überwiegend vielen Fällen ist es den Müttern aus den verschiedensten Gründen nicht möglich, selbst zu stillen, was jedesmal, wenn nicht eine rationelle und erprobte künstliche Ernährung die Mutterbrust ersetzt, eine Gefahr für den Säugling bedeutet. Das Einfachste ist auch hier das Beste. Viele Zugabepräparate zur Milch stellen eine komplizierte Mischung von Surrogaten und Chemikalien dar und eignen sich daher weniger zur Aufnahme und Verarbeitung durch den empfindlichen Säuglingsmagen als diejenigen, welche reine Naturerzeugnisse enthalten. Ein solches reines Naturprodukt ist das von ärztlicher Seite vielfach erprobte und empfohlene „Goldkorn". Dieses mehlförmige Präparat ist rein aus Halmfrüchten ohne irgendwelche Beigaben hergestellt und verbindet hohe Nährkraft und leichteste Verdaulichkeit mit angenehmem Geschmack. Es hat sich erwiesen, daß das Präparat nicht nur die Knochenbildung und das Gedeihen gesunder Säuglinge vorzüglich fördert, sondern daß es auch Brechdurchfall und

Diarrhöen, welche namentlich während der heißen Jahreszeit nur zu häufig auftreten, rasch zu heilen geeignet ist. Das Präparat kommt in Glaspackung gebrauchsfertig in den Handel und wird der für den Säugling bestimmten Tagesmenge beigegeben. Bei Verwendung zur Ernährung stillender Frauen befördert Goldkorn die Milchabsonderung in hervorragender Weise. Der Preis ist sehr billig. Das Präparat wird hergestellt von der Nährmittelfabrik Pfister, Mayr & Co. in München.

Die Muttermilch und ihre Ersatzmittel von Dr. M. di Jorio, Assistent an der 2. medizinischen Klinik der Königl. Universität Neapel. Verf. bedauert, daß das Stillen der Säuglinge durch die eigene Mutter, trotz des Beispiels der Königin in Italien keine Fortschritte gemacht hat, und bespricht dann die verschiedenen Arten von Tiermilch: Kuhmilch, Ziegenmilch, Eselsmilch usw. Er kommt sodann auf die Ersatzmittel der Milch zu sprechen und zwar auf die Kindermehle, von denen er vor allem das „Kufeke"-Mehl schätzt, da es die Kuhmilch leichter verdaulich macht, indem es deren Gerinnung in feineren Flocken bewirkt und die Assimilation auf diese Weise erleichtert. Das „Kufeke"-Mehl hat sich sowohl als Zusatz zur Milch als auch für sich allein stets als ein sehr gutes Nährpräparat erwiesen. Prof. Concetti in Rom hält das „Kufeke"-Mehl ebenfalls für ein ausgezeichnetes Nährmittel, da es reich an vegetabilem Eiweiß ist, die Stärke in Dextrin verwandelt enthält und daher sehr leicht auch für Kinder verdaulich ist, welche an Magen-Darmstörungen leiden. Sehr befriedigend waren die Versuche mit „Kufeke"-Mehl bei unzweckmäßiger Ernährung im ersten Stadium des Erbrechens und der Diarrhöen, bei follikulärem Darmkatarrh in den untersten Abschnitten des Dickdarms durch Eiweißfäulnis und bei den durch den Escherichschen Streptococcus verursachten Darmstörungen. Dr. Casazza, der Inspektor der Säuglingsanstalt in Pavia, fand in dem „Kufeke"-Mehl ein ausgezeichnetes Blutbildungsmittel, wo es galt, einen durch Störungen des Verdauungssystems heruntergekommenen Organismus wieder zu heben und überhaupt bei Rekonvaleszenten. Verf. bringt dann noch drei lehrreiche Fälle von Darmkatarrh, Verdauungsstörung mit eklamptischen Anfällen, sowie Skrofulose und Rachitis, die durch „Kufeke"-Kindermehl sehr günstig beeinflußt wurden.

(Gazetta Internationale di Medicina, Neapel, Jahrg. IX, 26. Dez. 1906.)

Die Behandlung der Bronchial- und Lungenkatarrhe mit Thiocol, Sulfotsirup und Sirolin empfiehlt warm Regimentsarzt Dr. H. Tausig. Alle drei Präparate der Firma Hoffmann, Roche & Co. haben sich bestens bewährt, vor allem aber das Sirolin, das T. Kindern zu 3 Kaffeelöffel pro Tag gab. Infolge seiner Ungiftigkeit kann es lange Zeit hintereinander genommen werden, zumal es einen vorzüglichen Geschmack hat. Es hebt vor allem den Appetit, das Körpergewicht steigt, die anderen Symptome bessern sich nach und nach. „Ein hervorragendes Mittel bei der Therapie der Lungentuberkulose" nennt Autor infolgedessen das Präparat.

(Medizin. Klinik. 1907. Nr. 19.)

Einen Beitrag zur Wertschätzung des Kufekeschen Kindermehles liefert Dr. Scotti (Berlin). Er berichtet über einige Fälle, wo das Mehl bei Erkrankungen des kindlichen Verdauungsapparates sich bestens bewährt hat und in einem äußerst günstigen Lichte erscheint. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 23.)

Einiges über Keuchhusten berichtet Dr. A. Sonnenschein (Liebau) und gibt einige Mittel an, die sich ihm bei der Behandlung besonders bewährt haben. Vor allem war es die Inhalation von warmen Wasserdämpfen mit Zusatz von etwas Kochsalz und einigen Tropfen Aq. Lauroceras. (10—20 auf 1 l Wasser). Sodann intern Tinct. Belladonn. (12—20 Tropfen auf 70 g Wasser, tagsüber genommen) und Codein. hydrochloric. (0,01—0,02 auf 70 g Wasser), bei schweren Fällen beides kombiniert:

Rp. Tinct. Belladonn. gtt. XII—XX
Codein. hydrochloric. 0,01—0,02
Aq. dest. 70,0
D. S. Tagsüber zu nehmen.

(Wiener med. Presse. 1907. Nr. 19.)

Visvit im Kindesalter hat Dr. A. Singer (Wien) mit bestem Erfolge benutzt und schließt aus seinen Erfahrungen: „Zusammenfassend kann ich also sagen: Das Visvit besitzt in seiner Zusammensetzung alle jene Bestandteile, welche für

den Aufbau und die Kräftigung geschwächter Organe nötig sind. Diese Bestandteile sind zum Teil an sich, zum Teil wegen der organischen Bindung, in welcher sie sich befinden, leicht verdaulich und assimilierbar. Das Visvit vermag bei der Behandlung der Rachitis den Phosphorlebertran zu ersetzen; in allen anderen dyskrasischen und Erschöpfungszuständen bildet es ein besonders wertvolles Unterstützungsmittel der gewöhnlichen Nahrung, welches außer seinem Nährwerte auch noch appetitanregend und verdauungsbefördernd wirkt."

(Allgem. med. Central-Ztg. 1907. Nr. 20 u. 21.)

Thiocol als Antidiarrhoicum empfiehlt Dr. Nothmann (Kinderambulatorium von Dr. Fromm, München). Er gab es zwei Geschwistern von $1^1/_2$ und 3 Jahren mit subakutem, infektiösem, offenbar aus derselben Quelle stammendem Darmkatarrh, der weder durch strenge Diät, noch durch die bekannten antidiarrhöischen Mittel, dagegen prompt durch Thiocol beeinflußt wurde. Letzteres muß allerdings in ziemlich großen Dosen gegeben werden; das 3jährige Kind bekam schon 1,5 g am Tage. (Centralbl. f. d. gesamte Therapie, Juni 1907.)

Sorisin, ein neues Guajakolpräparat, hat San.-R. Dr. Görges, dirig. Arzt des Elisabeth-Kinder-Hospitals in Berlin mit bestem Erfolge angewandt. Die Sorisinwerke in Wien bringen das in Orangensirup gelöste Kal. sulfoguajacolic. mit Eisen oder Arseneisen (Sorisin. ferrat. und Sorisinferrarsenat) in den Handel. Die Präparate wurden besonders bei kleinen Kindern von $^1/_2$—5 Jahren, die mit Rachitis und Ernährungsstörungen mit chronischer Bronchitis behaftet waren, als vorzüglich wirkend erprobt. Diese anämischen, elenden Kinder erholten sich auffallend rasch, die Anämie besserte sich, der Appetit wurde angeregt, die Erscheinungen der Respirationsorgane gingen prompt zurück, stets wurde gleichmäßige Gewichtszunahme konstatiert. Bis auf einen Fall wurde das Mittel gut vertragen und gern genommen, obwohl der Guajakolgeschmack ziemlich stark hervortritt. G. gab 3—4 mal täglich $^1/_2$, älteren Kindern 1 Teelöffel. Der Preis ist leider etwas hoch (kleine Flasche 2 Mk.).

(Therap. Monatshefte, Juli 1907.)

Energin, ein neues Lebertranpräparat, empfiehlt H. Janzus (k. k. pädiatr. Klinik in Wien). Es sind Schokoladetabletten mit 4,5—5,5 g Lebertran (nebst kleinen Mengen von Lezithin und phosphorsaurem Kalk), so daß also 2—3 Tabletten täglich zu verordnen sind. Bei mit Tuberkulose behafteten Kindern hat sich das Präparat gut bewährt. (Klin.-therap. Wochenschr. 1907. Nr. 26.)

Energin hat auch Dr. O. Schey (Kinderabteil. d. Wiener Allgem. Poliklin.) mit Erfolg bei 15 Kindern von $1^1/_2$—14 Jahren, meist rachitischen und skrofulösen, angewandt. Diese nehmen das Präparat wie eine Leckerei gern und vertragen es sehr gut. Die Appetenz nahm zu, in allen Fällen wurde Gewichtszunahme, mitunter solche von ganz auffallender Größe, festgestellt. Energin bedeutet einen ganz entschiedenen Fortschritt in der Lebertrandarreichung.

(Wiener medizin. Presse. 1907. Nr. 31.)

Einen Beitrag zur Behandlung von Hüftgelenkfisteln liefert Dr. E. Hanschmidt. Eine Fistel, zurückgeblieben nach einer vor 4 Jahren wegen Coxitis tuberculosa ausgeführten Hüftgelenksresektion, wollte sich nicht schließen. Da griff H. zum Perhydrol-Merck, das er bei der Behandlung der Otitis media schätzen gelernt hatte und spritzte 3—5$^0/_0$ige Lösung ein. Die Sekretion verminderte sich sehr bald und die Fistel schloß sich. Auch bei Knochenfisteln infolge Osteomyelitis, wo die Operation zurzeit nicht ausführbar war, benutzte H. Perhydrol mit gutem Erfolge zu Ausspülungen. (Ärztl. Mitteilungen. 1907. Nr. 27.)

Phenol. monochlorat. bei Scharlach hat Dr. Langfeldt (Zell a. H.) in einigen Fällen angewandt und will eine recht günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses gesehen haben. Er verordnete:

Rp. Phenol. monochlorat. 4,0
Spirit. 250,0
Aeth. sulfur. ad 300,0
D. S. Alle 3 Stunden damit abreiben.

(Medizin. Klinik. 1907. Nr. 20.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. Der Kultusminister hat unter dem 7. Juli folgende Verfügung erlassen: Um nachteiligen Folgen des **anhaltenden Sitzens der Schüler** in den Schulen nach Möglichkeit vorzubeugen, empfiehlt es sich, auch an den Tagen, an denen stundenplanmäßiger Turnunterricht nicht stattfindet, gewisse Freiübungen in geordneter Weise vornehmen zu lassen, welche die gesundheitliche Kräftigung der Schüler und Schülerinnen und namentlich die Entwicklung einer guten Haltung zu fördern vor anderem geeignet erscheinen. Bevor eine dahingehende allgemeine Anordnung ergeht, sollen in einer Anzahl von Schulen aller Gattungen entsprechende Versuche angestellt werden. Die Zeitdauer aller Übungen wird zusammen täglich, abgesehen von den Tagen, an denen die betreffende Klasse den Turnunterricht erhält, 5—10 Minuten zu betragen haben, die einer Pause zuzusetzen sind. Die Übungen der verschiedenen Klassen können in den verschiedenen Pausen ausgeführt werden. Es ist im Freien zu üben, im geschlossenen Raume nach gründlicher Lüftung.

Berlin. Außerord. Prof. Dr. F. Krause, dirigierender Arzt an der Chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals, hat den Charakter als Geh. Med.-Rat erhalten. Prof. Dr. Th. Gluck, dirigierender Arzt an der Chirurg. Abteilung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses, feierte am 18. Juli sein 25 jähriges Dozentenjubiläum.

Giessen. Dr. med. Hans Koeppe, Privatdozent für Kinderheilkunde an der hiesigen Universität ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

Straßburg. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Biedert ist zum Geh. Ober-Med.-Rat ernannt.

Freudenstadt (Schwarzwald). Ein **Kindersanatorium** unter Leitung von Dr. Würz ist am 1. Juli eröffnet worden.

Bochum. Eine **städtische Milchküche** ist errichtet und verkauft Säuglings- und Kindermilch. Die Milch wird mehrmals wöchentlich vom Nahrungsmittelamt untersucht. Geplant sind Stillprämien und Beratungsstellen für Mütter.

Brüssel. Durch Ministerialerlaß ist die **Anzeigepflicht** von Cholera, Pest, Pocken, Puerperalfieber, Typhus, Diphtherie, Röteln, Keuchhusten, Scharlach und Trachom angeordnet.

Ofen-Pest. Dr. med. Karl Heim wurde als Privatdozent für Semiotik der Kinderkrankheiten in die medizinische Fakultät der Universität Ofen-Pest aufgenommen.

St. Petersburg. Am 25. Juni (8. Juli) war ein halbes Jahrhundert vollendet, seit Geh.-Rat Rauchfuss, der ausgezeichnete Petersburger Kinderarzt, seiner ausgebreiteten und fruchtbringenden ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit obliegt. Der Verein der Kinderärzte in St. Petersburg bereitet sich, dieses Jubiläum seines einstigen langjährigen Präsidenten und jetzigen Ehrenmitgliedes durch eine Festsitzung zu begehen. Die Feier ist auf den 28. Oktober (10. November) festgesetzt. Diejenigen Ärzte und Vereine, die sich an derselben zu beteiligen wünschen, werden ersucht, sich bei dem Präses des Vereins, Professor Dr. A. Russow, Direktor des Elisabeth-Kinderhospitals, Fontanka 152, zu melden.

München. Für die Erziehung und Ausbildung **geistig zurückgebliebener Kinder**, namentlich solcher besserer Stände, war bisher in Bayern ungenügend gesorgt. Es muß daher sehr begrüßt werden, daß jetzt die Eröffnung eines Erziehungsheimes für solche Kinder in der Nähe von München bevorsteht. Das „Erziehungsheim Schloß Höhenroth“, das Anfang September in Betrieb genommen werden soll, wird Kinder beiderlei Geschlechts von 4—15 Jahren aufnehmen, die unterrichtlich und erziehlich eine besondere heilpädagogische Behandlung nötig haben. Es steht unter Leitung von Dr. phil. A. Engelsperger, die ärztliche Überwachung liegt in den Händen des Privatdozenten Dr. Uffenheimer; konsultierender Arzt ist Prof. Pfaundler. Die Anstalt liegt in der Nähe des Ammersees, 15 Minuten von Station Grafrath, verfügt über ausgedehnte Gartenanlagen, hat große Wälder in nächster Nähe, vereinigt also alle Erfordernisse eines Landerziehungsheims. Nähere Auskunft erteilt der Leiter Dr. Engelsperger, München, Baaderstr. 33/III. (Münch. med. Wochenschrift.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. **1. November 1907.** No. 11.

I. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Alois Epstein, Über den blauen Kreuzfleck und andere mongoloide Erscheinungen bei europäischen Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 1.) Instruktives klinisches Exposé über die genannte Affektion, zu welchem die Beobachtung von fünf einschlägigen Fällen Veranlassung gegeben hat. Besprechung des Mongoloidentypus überhaupt. Hecker.

G. B. Allaria, Über die Molekülkonzentration des Blutserums bei nephritischen und nicht nephritischen Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 1.) Bestimmung des kryoskopischen Punktes und der spezifischen elektrischen Leitungsfähigkeit (λ) der verschiedenen Sera, woraus sich dann der stärkere osmotische, durch die Dissoziation der elektrolytischen Moleküle bedingte Druck berechnen läßt. Ausführung der kryoskopischen Messungen mit dem Beckmannschen Thermometer, der elektrischen Untersuchungen mittels einer Wheatstoneschen Brücke mit einem indizierten Strom und einem telephonischen Empfänger nach den Abänderungen von Kohlrausch. Die Experimente wurden bei einer Temperatur von + 18 Grad ausgeführt und die Leitungsfähigkeit in internationalen Ohms berechnet. Aus den Ergebnissen sei hervorgehoben:

Die gesamte Molekülkonzentration des Blutserums der an akuter, chronischer, parenchymatöser oder interstitieller Nierenentzündung erkrankten Kinder überstieg fast niemals die physiologische Maximalgrenze, wenn keine urämischen Symptome vorhanden waren.

Die totale Molekülkonzentration des Blutserums der urämischen Kinder ist stets höher gewesen als die Maximalgrenze der physiologischen Fälle und der Fälle von Nephritis ohne Urämie, analog dem, was bei den Erwachsenen vorgefunden worden ist. Diese Tatsache hat also im Falle von zweifelhafter Diagnose einen wirklichen Wert.

Die Werte bei der elektrischen Leitungsfähigkeit weisen bei einfacher Nephritis und bei Urämie keine Unterschiede auf. Bei beiden Gruppen stehen die Werte von λ ungefähr innerhalb der normalen Grenzen.

Die Zunahme des osmotischen Druckes bei Urämie ist wahrscheinlich vor allem das Resultat einer übermäßigen Anhäufung organischer Abfallstoffe infolge ungenügender Durchdringlichkeit der Niere, die nicht ausgeglichen wird durch eine stellvertretende Funktion der anderen Ausfuhrorgane (Haut, Darm usw.). Damit ist noch nicht

ausgeschlossen, daß bei gewissen Fällen von Urämie, bei denen außergewöhnliche Erniedrigung des kryoskopischen Punktes des Blutes vorgefunden worden war, und die nicht mehr zu erklären sind mit einer einfachen Zunahme der organischen Stoffe, zur Bildung dieser außerordentlichen Erscheinungen ein Übermaß von freien und gelösten elektrolytischen Molekülen im Blute beitragen könnte. Hecker.

Karl Beck, Akute postoperative Magendilatation im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 1.) Akute Magendilatation, entstanden im Anschluß an eine bei einem 15jähr. Kind ausgeführte Laparotomie, und zwar nach einer am 3. Tag eines frischen Appendizitisanfalles gemachten Appendektomie. Die Ätiologie ist zweifelhaft; primär mag die Narkose bei dem wohl dazu disponierten Kinde eine Erschlaffung der Magenwandung bedingt haben. Infolgedessen Anstauung der Flüssigkeit in dem erweiterten Magen, aus dem sie nicht in den Darm übergeführt, sondern durch Erbrechen entleert wurde. Diese wiederholte Anstrengung vergrößerte wohl die Blähung des Magens, vielleicht hat noch eine Abknickung am Duodenum vorgelegen, infolge lokaler peritonitischer Adhäsion.

Die Symptome waren charakteristisch für akute Magendilatation: reichliches wiederholtes Erbrechen bräunlicher, saurer Flüssigkeit mit wenig freier Salzsäure, dagegen viel Milchsäure; ferner lokale Auftreibung im Epigastrium, die von Tag zu Tag zunahm; keine Druckempfindlichkeit, relativ gutes Allgemeinbefinden. Prognose und Behandlung wie bei akuter Magendilatation. Hecker.

Georg Kien, Die Masern in Straßburg, speziell an der Kinderklinik daselbst und die im Laufe der Epidemie von 1903/04 beobachteten Kombinationen von Masern mit Diphtherie und Scharlach. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Statistische Zusammenstellung ohne wesentlich Neues, einige gute klinische Beobachtungen, so über das zeitliche Vorkommen der Koplikschen Flecken, über die Differentialdiagnose zwischen Masernkrupp und diphtherischem Krupp. Hecker.

Paula Philippson, Versuche über die Chlorausscheidung bei orthostatischer Albuminurie. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Bei der orthostatischen Albuminurie findet eine Beeinflussung der Chlorausscheidung durch die Körperhaltung in dem Sinne statt, daß bei Orthostatismus Chlor in geringerer Menge ausgeschieden wird, als bei Bettruhe. Nach anderweitigen Beobachtungen liegt dieses Verhalten auch bei Nierenkranken vor.

Die zur Untersuchung gelangten Kinder mit orthostatischer Albuminurie reagierten auf eine einmalige Kochsalzgabe teils mit verlangsamter, teils mit beschleunigter, teils mit normaler NaCl-Ausscheidung, d. h. sie zeigten Reaktionsweisen, wie sie ebenfalls bei verschiedenen Formen von Nephritis und in verschiedenen Stadien desselben nephritischen Prozesses beobachtet worden sind. Hecker.

Keimer (Düsseldorf), Ein Beitrag zur Frage der akuten Osteomyelitis der flachen Schädelknochen. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 28.) Der ein 13jähriges Mädchen betreffende

Fall ist besonders in ätiologischer Hinsicht höchst bemerkenswert. Es handelte sich um eine Phlegmone des Zellgewebes der Orbita und Osteomyelitis des Stirn- und Scheitelbeins. Woher stammte aber die Infektion? Das Naseninnere bot absolut normale Verhältnisse, eine Infektionskrankheit, ein Trauma waren nicht voraufgegangen. Man stand vor einem Rätsel, das sich erst später lichtete. Erst auf die wiederholten Fragen nach der Vorgeschichte des Kindes fiel es den in einem sehr aufreibenden Geschäfte tätigen und mit einem sehr reichen Kindersegen bedachten Eltern ein, daß die Pat. einige Wochen vor ihrer jetzigen Erkrankung ein sehr ausgedehntes Hordeolum an der äußeren Kommissur rechts gehabt hatte, dem die Eltern, da das Kind öfter, wenn auch an kleineren Gerstenkörnern litt, keine ursächliche Bedeutung beigelegt hatten. Damit war wohl das Rätsel der Ätiologie gelöst. Ist es doch eine öfter gemachte Erfahrung, daß das Furunkel oder ihm ähnliche Prozesse erst nach längerer Zeit schwere Infektionen regionär oder allgemein hervorrufen können. So hält K. es auch hier für zweifellos, daß die Quelle der Infektion dieses Hordeolum war, von dem aus (es soll noch lange ein Knoten am oberen Augenlid vorhanden gewesen sein) hoch virulente Keime in die Blut- oder Lymphbahn kamen, welche das periorbitale Binde- und Fettgewebe infizierten. Von hier aus leitete sich die Entzündung weiter auf die Breschetschen diploëtischen Venen des rechten Stirnbeins und die hier beim Fehlen der Stirnhöhle besonders reichlich entwickelte Spongiosa. Von der Vena diploëtica frontalis dextra infizierte sich auch das linke Frontale, die Stirnhöhle erkrankte erst sekundär. Gegen ihre primäre Erkrankung spricht das absolute Fehlen jeglicher Erscheinung auch in der Nase. Der recht schwere Fall nahm einen glücklichen Ausgang, was wohl in erster Linie der frühzeitig und radikal ausgeführten Operation zu danken war.

Grätzer.

W. Böcker, Über paralytische Luxationen der Hüfte, ihre Entstehung und Behandlung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 28 u. 29.) B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die spinale Kinderlähmung kann zu einer paralytischen Luxation der Hüfte führen.

2. Für die Entstehung einer paralytischen Luxation ist die antagonistisch-mechanische Theorie Seeligmüllers heute allgemein gültig.

3. Die paralytische Luxation nach vorn oder nach hinten entwickelt sich dann, wenn im Muskelapparat das Gleichgewicht gestört ist, d. h. wenn die eine Muskelgruppe die andere überwiegt. Die mechanischen Momente spielen nur eine untergeordnete Rolle.

4. Die Luxation nach hinten kommt häufiger vor, als bisher beobachtet wurde.

5. Die Luxation nach vorn läßt sich aus der typischen Abduktionskontraktur und dem Fühlen des Schenkelkopfes unter dem horizontalen Schambeinast nicht immer richtig erkennen.

6. Das Röntgenbild ist stets ausschlaggebend und gestattet eine sichere Unterscheidung zwischen einer wirklichen Luxation und Subluxation, eventuell mit Nearthrosenbildung.

7. Wirkliche Luxationen nach vorn, die durch Röntgenbilder gestützt sind, existieren in der Literatur nicht, nur Subluxationen, eventuell mit Nearthrosenbildung.

8. Die prophylaktischen Maßnahmen zur Verhütung der Lähmungskontrakturen, bzw. des Entstehens einer paralytischen Luxation sind von größter Wichtigkeit.

9. Bei wirklicher Luxation, nach vorn wie nach hinten, ist in frischen Fällen nach vorheriger Tenotomie das Redressement zu versuchen, in älteren Fällen ist die blutige Reposition nach Karewski vorzunehmen.

10. Bei Subluxation, eventuell mit Nearthrosenbildung nach vorn, ist bei geringen Kontrakturen eine orthopädische Behandlung oder das Redressement, bei stärkeren Kontrakturen die offene Durchschneidung der kontrakten Muskeln und Gipsverband in extendierter und adduzierter Stellung zu empfehlen.

Grätzer.

Arnold Wittek, Zur operativen Therapie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 46. S. 29.) W. empfiehlt für die Therapie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen wiederum die lineare Osteomie, die das Femur supracondylär von der Seite durchtrennt, wobei die Trennungslinie von der Beugeseite distal nach der Rückseite proximal verläuft und mit der Längsachse des Knochens einen Winkel von ca. 40° einschließt. Bei der Nachbehandlung kommt der Extensionsverband zur Anwendung. Nach der Hautnaht wird ein leichter zirkulärer Verband angelegt, der aber nur knapp nach oben und unten die Operationswunde deckt. Über das übrige unbedeckte Bein und über den Zirkulärverband bis an die Hüftbeuge hinaufreichend werden erst die seitlichen Extensionsstreifen angelegt. Die Extensionsverbände wurden nach 3—4 Wochen durch Gipsverbände mit Charnieren am Knie ersetzt. In der 8.—10. Woche wurden die Patienten mit völlig gebrauchsfähiger, gerade gestellter Extremität, mit völlig frei beweglichen Gelenken arbeitsfähig entlassen. Ist der Sitz der Verkrümmung nicht das untere Ende des Femur, sondern, wie namentlich bei rachitischen Deformitäten, das obere Ende der Tibia, so wird die Tibia am Sitze der Verkrümmung knapp unter der Epiphyse in ganz derselben Weise schief durchtrennt. Hierbei läßt sich allerdings die vollständige Korrektur erst im Extensionsverband durch Steigerung des angehängten Gewichtes sowohl am Längs- als am Seitenzug erzielen. Aber auch in diesen Fällen waren die Endresultate günstig. Die Tibia brauchte in W.s Fällen niemals durchtrennt zu werden. Unter den 11 bisher nach dieser Methode Operierten befand sich auch ein Patient im Alter von 18 Jahren, bei dem die Verkrümmung sowohl am unteren Femurende als auch am oberen Tibiaanteile ihren Sitz hatte. W. vollführte sowohl am Femur als an der Tibia die schiefe Osteotomie mit nachfolgendem Extensionsverband. In diesem Falle stellte sich in der Korrektur mutmaßlich durch Zerrung des Nervus peroneus eine leichte Parese desselben ein, die aber allmählich zurückging.

Joachimsthal (Berlin).

A. Stoffel, Eine seltene Indikation zur Sehnenverpflanzung. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 160.) In dem von St. mitgeteilten

Falle wurde bei einem 8jährigen Mädchen ein Tumor exstirpiert, der die mediale und einen großen Teil der lateralen Hälfte der rechten Wadenmuskulatur in ihrer ganzen Dicke durchsetzte, mit der Tibia aber in keinem Zusammenhang stand. Die mittleren und distalen Partien des Tumors waren hart und führten Knochenspangen. Bei der anatomischen Untersuchung ergab sich eine Myositis interstitialis, nach dem weiteren Verlauf und der Rückbildung einer ähnlichen linksseitigen Geschwulst unter Jodkaligebrauch zu urteilen, durch Lues bedingt.

Da der Triceps surae durch die von Vulpius vorgenommene Exstirpation des Tumors reichlich $^4/_5$ seines Volumens eingebüßt hatte, außerdem durch die sehr mangelhafte Wiedervereinigung der durch eine voraufgegangene Tenotomie getrennten Sehnenstümpfe schwer in seiner Funktion geschädigt war, wurden einen Monat nach der Exstirpation des Tumors beide Peronei durch einen Schnitt an der Außenseite des Unterschenkels freigelegt. Ein kleiner 2 cm langer Schnitt unter dem Malleolus lateralis brachte die Sehne des Peroneus longus zur Darstellung, die, um hinreichend lang auszufallen, hier abgetragen wurde. Der periphere Sehnenstumpf dieses Muskels wurde mit doppelten starken Seidenfäden aufsteigend mit dem Peroneus brevis in Verbindung gebracht, indem die Seidenfäden durch das Retinaculum musc. peronei longi aufwärts durchgezogen und an dem Muskelbauch des Peroneus brevis befestigt wurden. Durch sichelförmige Verlängerung des lateralen Schnittes wurden die Achillessehne und der Calcaneus freigelegt, an welch letzteren der zentrale Stumpf der Peroneus longus-Sehne unter mäßiger Spannung angenäht wurde. Bei einer Nachuntersuchung nach 2 Jahren erwies sich die Stellung des Fusses und seine Beweglichkeit als vollkommen normal.

Joachimsthal (Berlin).

Arth. Mayer (Berlin), Über das Vorkommen von Gallensäuren in der Frauenmilch. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Eine Wöchnerin bekam Darmkatarrh und Ikterus. Letzterer nahm rasch zu; der einige Wochen alte Säugling bekam heftiges Erbrechen, das sich nach dem Absetzen sehr rasch verlor. Die Milch wurde untersucht und Gallensäuren, besonders Taurocholsäure, darin gefunden. Als dieser Nachweis einige Tage später nicht mehr gelang, wurde das Kind wieder angelegt; es erbrach jetzt nicht und gedieh aufs beste. Dabei hatte bei der Mutter die ikterische Hautverfärbung sogar noch zugenommen, und der Harn enthielt große Mengen Gallenfarbstoff.

Es ist also das Vorkommen von Gallensäuren in der Milch ikterischer Frauen sichergestellt, allerdings nur im ersten Stadium des Ikterus. Es erscheint ratsam, Kinder bei schwerem Ikterus der Mutter zu Beginn der Krankheit von der Brust zu nehmen.

Grätzer.

J. Peiser, Über das habituelle Erbrechen der Säuglinge („Speikinder"). (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.) P. beschäftigt sich mit den verschiedenen Kategorien der „Speikinder". Er unterscheidet:

1. Die „Spei-“ und trotzdem „Gedeihkinder“, Brustkinder, die infolge dauernder Überernährung und Außerachtlassung regelmäßiger Trinkpausen unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme das „Überschüssige“ ausspeien. Hebt man die Ursache des Speiens auf, so speien diese Kinder nicht mehr; anderenfalls kommt es zu akuten Ernährungsstörungen. Schuld am Speien ist hauptsächlich das Milchfett. Die Therapie ist erfolgreich, wenn sie dieses herabsetzt, sei es in Form der Verkleinerung der Einzelmahlzeit, sei es in Form der Abrahmung, am einfachsten mit Schmälerung der Gesamttagesmenge durch Vergrößerung der Nahrungspausen.

2. Die leicht erregbaren, hypertonischen Kinder, die sich in gleichem Maße bei künslich genährten wie bei Brustkindern finden und bis im zweiten Lebenshalbjahr speien, dann immer seltener. Es sind neuropathisch veranlagte, unruhige Kinder mit leisem, kurzem Schlaf, rasch wechselnder Stimmung, erhöhtem Tonus der Muskulatur usw. Es gibt Familien, wo sämtliche Kinder derartig „nervös“ sind und monatelang speien, bis man zu festerer Nahrung übergeht. Es handelt sich hier wohl um „nervöses“ Erbrechen, wobei ein reflektorischer Pylorospasmus vielleicht den primären Faktor abgibt.

3. Die schlaffen, atonischen, im Wachstum, Gewicht, Entwicklung erheblich zurückgebliebenen Kinder. Sie speien nur, wenn man sie nach dem Trinken nicht ruhig liegen läßt, und zwar nicht im Strahl, sondern der Mageninhalt rinnt einfach zum Mundwinkel heraus, und zwar oft noch mehrere Stunden nach dem Trinken. Die Magenperistaltik ist sehr schwach, der ganze Magen sehr gedehnt, atonisch. Die Therapie muß hier eine allgemeine sein, die Gesamtkonstitution heben.

4. Die von einer akuten Ernährungsstörung noch nicht völlig wiederhergestellten Kinder, ebenfalls in schlechtem Ernährungszustande. Sie haben eine Intoleranz gegen Milchfett zurückbehalten. Hier feiert die fettarme Malzsuppe ihre Triumphe.

Eine seltene Ursache habituellen Erbrechens fand sich in einem von P. beobachteten Falle: eine fötale Peritonitis und deren Residuen. Das Kind blieb am Leben; vielleicht lösten sich die Adhäsionen allmählich.

Grätzer.

H. Netter, Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.) N. berichtet über einen sehr schweren Fall von Verbrennung bei einem 8jährigen Knaben, bei dem Protargolsalbe ausgezeichnet wirkte.

„Die Verletzung betraf den linken Oberschenkel in seiner ganzen Zirkumferenz, von der Leiste bis an die Innen- und Unterseite des Kniegelenks, die linke Unterbauchseite, Regio pubica, Penis, rechte Unterbauchseite, rechten Oberschenkel, Damm und die linke Hand. Bis auf den linken Oberschenkel, dessen Weichteile verkohlt waren, zeigten die anderen Stellen Verbrennungen zweiten Grades. Die Verletzung geschah am 13. August 1906, am 25. waren bis auf den linken Oberschenkel alle Weichteile unter Verbänden mit Bardelebens Wismut-Brandbinde nahezu geheilt. Am linken Oberschenkel hatte unterdessen eine demarkierende Eiterung eingesetzt, und es ließen sich

große, zusammenhängende Gewebsfetzen abziehen, unter denen eine schmierig eitrige und blutende Wundfläche zutage trat. Mit einer stattlichen Reihe von chemischen Körpern in Salben- und Pulverform — auch die sonst wertvolle Wismut-Brandbinde versagte in diesem Stadium völlig — wurde nun die Reinigung und Granulationsbildung der großen Wundfläche angestrebt. Wohl kam es zu einem solchen Ansatz von Granulationen, aber er blieb in Quantität, weit mehr noch in Qualität, lange Zeit durchaus mangelhaft. Am 10. Dezember wurde in Narkose eine gründliche Abkratzung der ganzen großen Wundfläche von den mißfarbenen, schlaffen Granulationen vorgenommen, die Wundränder energisch angefrischt und die ganze, bis auf die Oberschenkelfaszie reichende Wunde mit 10%iger Protargolsalbe bedeckt. Der dabei assistierende Kollege machte den Vorschlag, den Knaben zum Zwecke der Transplantation dem Krankenhaus zu übergeben. Es war für mich keine kleine Genugtuung, zu sehen, wie die große Wundfläche unter der Protargolsalbe nach der Abkratzung unverkennbar rasch sich mit gesunden Granulationen anfüllte und wie schnell sich eine Epidermisierung etablierte. Die Heilung war von Mitte Dezember ab eine ganz sichere und ungestörte. Anfangs April war die Wunde dreimarkstückgroß, der Knabe längst außer Bett, zur Zeit der Abfassung dieser Zeilen war völlige Vernarbung eingetreten. Und all dies bei denkbar sparsamster Applikation der Salbe — in einem langwierigen Fall kein unwichtiger Umstand. Während der ganzen Dauer der Protargolanwendung war nicht das geringste von unerwünschter Nebenwirkung auf die angrenzenden Hautpartien zu sehen. Hervorgehoben sei zum Schluß noch ein sehr wichtiges Moment: Die Narbe ist sehr weich und geschmeidig geworden, und ich erblicke in dieser Tatsache eine noch wertvollere Eigenschaft des Protargols als es seine, die Epidermisierung anregende Kraft an sich ist.“

Grätzer.

A. Bickel, Masern und Appendizitis. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.)

Es handelt sich um einen Patienten im Alter von 22 Jahren, der auf der Durchreise von Paris nach Petersburg in Berlin am dritten Tage seines Aufenthalts daselbst erkrankte.

Bei der ersten Untersuchung des Kranken, die B. am Spätnachmittage vornahm, erhob er folgenden Befund: Temp. 38,6° C. Puls 96. Conjunctivitis, starke Lichtscheu, Rhinitis, Rötung des Rachens, Bronchitis diffusa und Husten. Über der rechten Lungenspitze und in der rechten Infraklavikulargrube Resistenzvermehrung. Typisches Masernexanthem im Gesicht, geringes Exanthem am Rumpfe und an den Extremitäten. Im Urin eine Spur Albumen. Abdomen weich, nirgends druckempfindlich, besonders auch Blinddarmgegend frei von Druckschmerz. Letzte Stuhlentleerung am Tage zuvor.

Am Morgen des folgenden Tages trat plötzlich neben Kolikschmerzen Erbrechen auf. Das Erbrechen wiederholte sich bis zum Mittage mehrmals und hielt auch am Nachmittage an. Der Patient brach selbst geringe Flüssigkeitsmengen, die er zu nehmen suchte, fast momentan wieder aus.

Bei der Untersuchung fand B. eine starke Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend, geringen Druckschmerz im Abdomen links unten und in der Magengegend. Die Temperatur stieg am Abend bis 40,3° C. Puls 100, kräftig. Das Masernexanthem hatte sich über den ganzen Körper verbreitet.

Die Diagnose auf Appendizitis wurde einmal im Hinblick auf den lokalen Befund, dann aber mit Rücksicht auf die Anamnese gestellt, aus der sich ergab, daß der Patient ca. 2 Monate, ehe er in B.s Behandlung kam, einen leichten

Anfall von Appendizitis und vor dem Ausbruch des russisch-japanischen Krieges, den er in guter Gesundheit mitmachte, seine erste Blinddarmentzündung durchgemacht hatte.

Der wegen einer eventuellen Vornahme der Operation zu Rate gezogene Professor Dr. Rotter, pflichtete der Diagnose eines mittelschweren appendizitischen Anfalls bei. Obschon diese Krankheit erst seit einigen Stunden manifest geworden war und der Fall somit für die Frühoperation an sich durchaus geeignet gewesen wäre, wurde wegen der floriden Masern und des in erster Linie auf sie zu beziehenden hohen Fiebers von der Operation Abstand genommen, besonders auch da die Beschaffenheit des Pulses auf eine peritoneale Affektion nicht hindeutete.

Unter der üblichen internen Behandlung (kleine Öleinläufe von 100—150 ccm, mäßige Morphiumgaben, Eisblase auf das Abdomen) hörte das Erbrechen auf, und die Schmerzen gingen zurück. Am folgenden Morgen war ein kritischer Temperaturabfall zu konstatieren. Die Rekonvaleszenz verlief in normaler Weise.

Die Entscheidung: operieren oder nicht operieren war deshalb besonders schwer, weil infolge der gleichzeitig bestehenden Masernerkrankung für die Beurteilung der Schwere des appendizitischen Anfalls das Ergebnis der Temperaturmessung nicht verwertet werden konnte. Bei der Analyse des ganzen Krankheitsbildes ist man in der Tat in solchen Fällen leider zu sehr auf eine intuitive Schätzung angewiesen, wenn man die Grenzen der beiden konkurrierenden Krankheitsprozesse gegeneinander abstecken will.

Dazu kam, daß Beobachtungen über den Einfluß der exanthematischen Infektionskrankheiten auf den Erfolg der Frühoperation bei Appendizitis kaum vorliegen. Vielleicht regt obige Mitteilung eine Erörterung dieser Frage an. Grätzer.

Weikard (Neu-Ulm). Zur Kasuistik der Ptomainvergiftungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Eine ganze Familie (6 Personen) erkrankte, nach Genuß eines Puddings am Tage vorher, mit Brechdurchfall, Leibschmerzen, Schwindel, Fieber, kleinem, frequentem Pulse und großer Mattigkeit. Die Erscheinungen verschwanden erst nach einer Woche wieder. Der Pudding zeigte keine besonderen Merkmale, und doch enthielt er, wie eine genauere Untersuchung ergab, sehr gefährliche Ptomaine. Zu seiner Bereitung war seit einigen Tagen übrig gebliebenes Eiweiß verwendet worden, das in einem schlecht gelüfteten, kein Eis enthaltenden Eisschrank aufbewahrt worden war. Gerade in solchen, den ganzen Sommer über mit Eis gefüllten und zum Aufbewahren von Speisen benützten Eiskästen werden bei der nach Weglassen des Eises eintretenden höheren Temperatur Massen von Bakterien lebendig. Solche Kästen sollten mehrmals im Jahre mit heißer Sodalösung gereinigt uud desinfiziert werden (Autan dürfte sich hierzu besonders eignen!). Ganz besonders notwendig ist diese Desinfektion und auch Sorge für gute Lüftung des Eiskastens, wenn man ihn nicht mehr mit Eis beschickt, aber dennoch Speisen in ihm aufbewahrt. Grätzer.

K. Potpeschnig, Ernährungsversuche an Säuglingen mit erwärmter Frauenmilch. (Aus der kgl. Univers.-Kinderklinik in München und dem Münchner Säuglingsheim.) (Münchner med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Es schien von Interesse, festzustellen, ob eine Erwärmung der Milch auf Temperaturgrade, die mit eingreifenden chemischen Veränderungen des Substrates nicht einhergehen, den

spezifischen Nutzwert der arteigenen Nahrung beeinträchtigt. Es handelte sich mit anderen Worten darum, zu prüfen, ob jene Nutzstoffe, die allem Anschein nach „koktolabil“ sind, das heißt beim Erhitzen auf 100° zerstört werden, auch „thermolabil“ im Sinne der Terminologie von Ehrlichs Schule sind, das heißt, bei Erwärmung auf 55—60° unwirksam werden.

Die Versuchsanordnung war folgende: Es wurden zwei, je 1 Monat alte, gesunde, frühgeborene Kinder (beides Mädchen) mit 2200 bzw. 2600 g Gewicht ausgewählt und je einer bestimmten Amme zur Ernährung an der Brust zugeteilt. Frühgeborene Kinder wurden vorgezogen, weil bei denselben einmal eine deutlichere Reaktion, ein empfindlicherer Ausschlag zu erwarten war und sich die geringeren, nötigen Milchmengen leichter beschaffen ließen, als der Bedarf eines normalen Kindes. Nachdem das Gedeihen der Kinder an der Brust der ihnen zugewiesenen Ammen sichergestellt war, spritzten diese die nötige Tagesmenge Milch in je ein steriles Glasgefäß ab, das in einem verschlossenen Eisschrank verwahrt wurde. Diese im Laufe des Tages gewonnene Mischmilch jeder Amme wurde in 6 sterile Flaschen abgefüllt und an die Kinder verfüttert. Beim Einsetzen dieser Ernährungsart mit abgedrückter Milch traten leichte Gewichtsverluste ein, die wohl im Ersatze des natürlichen Saugaktes an der Brust durch den an der Flasche begründet sein mochten. Allein diese Störung war eine nur ganz vorübergehende; nach wenigen Tagen zeigte die Kurve wieder dieselbe steigende Tendenz wie zur Zeit der Ernährung an der Brust selbst.

Vom siebenten Tage an wurde nun die abgedrückte, ganz gleich wie bisher behandelte Milch durch 30 Minuten im Wasserbade auf 60° C. erwärmt gehalten, hierauf wieder in den Eisschrank gebracht und zu den gleichen Stunden (trinkwarm) verfüttert. Die Kurve zeigte auch weiterhin denselben Anstieg wie früher; die Stühle, die regelmäßig (auch mikroskopisch) kontrolliert wurden (schon um eine geheime Zufütterung von Kuhmilch auszuschließen), blieben gleich schön homogen, das Befinden und der Turgor der Kinder zeigten sich andauernd gleich gut, kurz, es blieb jede Schädigung oder richtiger gesagt jeder erkennbare Ausfall von Nutzen während der durch 17 Tage fortgesetzten Ernährung mit auf 60° C. erhitzter Frauenmilch aus.

Ist nun durch diese Versuche die Annahme widerlegt, daß bei natürlicher Ernährung thermolabile Nutzstoffe im Spiele sind? Sicherlich nicht, insbesonders nicht nach dem Ergebnis der weiter fortgesetzten Beobachtung der beiden Versuchskinder. Infolge eintretenden Ammenmangels mußten beide Kinder unmittelbar nach dem Versuche plötzlich abgestillt und weiterhin künstlich ernährt werden. Auch dieser Nahrungswechsel hatte aber keinen Absturz der Gewichtskurve und keine irgend bemerkenswerte Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zur Folge. Die beiden Versuchskinder gehörten somit in jene Klasse von Säuglingen, welche die Muttermilch samt ihren Nutzstoffen — wenigstens in einer gewissen Periode — ohne (sichtbaren) Schaden entbehren können. Die dieser Klasse angehörigen Individuen waren natürlich als Reagenzien nicht verwendbar. Wenn ein Kind abgekochte Kuhmilch schadlos

erträgt, dann wird es wohl auch bei einer auf 60° erwärmten Frauenmilch gedeihen, denn dann ist es eben befähigt, aus eigenen Mitteln jene Nutzstoffe zu beschaffen, deren Bezug betreffend andere Säuglinge auf die mütterliche Brust angewiesen sind. Es wird somit die eingangs gestellte Frage erst durch analoge Ernährungversuche an Säuglingen entschieden werden können, welche mit künstlicher Nahrung nicht zu gedeihen vermögen, welche zur Heterodystrophie neigen.

Solche Versuche gedenkt P. auszuführen. Grätzer.

P. Sittler, Vergleichend-therapeutische Versuche bei Rachitis. (Aus der Kinder-Poliklinik und -Klinik Straßburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.) Die Versuche erstreckten sich auf ein Material von über 200 Kindern mit mehr oder weniger schweren Symptomen von florider Rachitis. — Angewandt wurden folgende Präparate:

Eisen in Form von Liq. ferri albuminat. zu 10—20 Tropfen } mehrmals täglich je
und Tinct. ferri pomat. zu 4— 5 Tropfen } nach dem Alter
Chlorkalium (Kalium chloratum) 1—2 mal tägl. 0,1 g.

Glyzerinphosphorsaures Kalium „ Natrium	in $50^0/_0$igen Lösungen	1—3 mal tägl. 0,1 g
„ Kalzium „ Eisen	als Pulver	

Lezithin in Tabletten à 0,025 g zu 2—4 Stück tägl.
Carniferrin in Pulvern von 0,1—0,2 g tägl.
Acidum nucleïnicum aus Hefe dargestellt }
Acidum nucleïnicum animale } als Pulver zu 0,1
Natrium nucleïnicum } bis 0,4 g tägl.
Ferrum nucleïnicum }
Phosphorlebertran (0,01 : 100,0) 1—2 Teelöffel tägl.
Phytin 0,5—1,0 pro die.

Die Versuche wurden derart durchgeführt, daß bei jedem Patienten während der Dauer von mindestens $1^1/_2$—2 Monaten und länger, soweit sie nicht vorzeitig der Behandlung entzogen wurden, eines der Präparate allein oder Kombinationen von mehreren Präparaten gegeben wurden.

Es ist S., mit alleiniger Ausnahme der Nukleïnsäure uud ihrer Verbindungen, nicht gelungen, mit einem der sonst versuchten Präparate irgendwelche Einwirkung auf den rachitischen Prozeß zu erzielen. Zwar machte sich in den meisten Fällen ein günstiger Einfluß der verabreichten Präparate auf den Appetit und in der Folge auf das Körpergewicht bemerkbar, auch hat S. in vielen Fällen nach Anwendung der glyzerinphosphorsauren Salze und des Carniferrins ein Verschwinden der bei Rachitis oft vorhandenen nervösen Störungen gesehen, aber eine Wirkung auf den Knochenprozeß schienen nur die Präparate der Nukleïnsäure zu haben, und hier wieder die aus Hefe dargestellte Nukleïnsäure schwächer als die drei anderen Präparate. — Ein schädlicher Einfluß auf den rachitischen Knochenprozeß, speziell die Kraniotabes, fiel bei Chlorkalium auf, besonders bei Kindern unter 2 Jahren; in einem Fall nahmen die Kraniotabes

(und der Rosenkranz) unter Gebrauch von täglich 0,15 KCl innerhalb eines Monats so schnell zu, daß S. die weitere Anwendung des Präparates aufgab. Das andere gegebene Kaliumsalz (der Glyzerinphosphorsäure) hatte keine so auffällige Verschlechterung der Rachitis zur Folge.

Es lag nahe, die Nukleïnsäure und deren Salze in Kombination mit den Glyzerinphosphaten zu geben, der Vollständigkeit halber hat S. auch verschiedene andere Kombinationen der oben erwähnten Stoffe auf ihre Wirksamkeit untersucht, Phosphorlebertran mit Eisenpräparaten, Carniferrin mit Glyzerinphosphaten und Lezithin, Phytin mit den gleichen Präparaten zusammen. Von diesen zuletzt genannten Kombinationen hat S. keinen Einfluß auf den rachitischen Prozeß gesehen (bei 2 älteren Kindern besserte sich die Rachitis etwas nach Phytin plus Glyzerinphosphaten), während die gleichzeitige Anwendung von Nukleïnsäure und nukleïnsauren Salzen mit Glyzerinphosphaten viel besser auf die Rachitis einzuwirken schien, als Nukleïnsäurepräparate allein (Nukleïnsäure und Carniferrin wirkten nicht besser als Alleinanwendung von Nukleïnsäure; Natrium nucleïnum, Calcium glycerinophosphoricum und Eisen — außer bei stark anämischen Kindern — nicht besser als Nukleïnsäure-Glyzerinphosphorsäure). — Am meisten hat S. gleichzeitig verabreicht:

Natrium nucleïnicum zu 0,2—0,5 g und Calcium glycerinophosphoricum zu 0,1—0,25 g (beide als Pulver)

oder:

Komprimierte Tabletten zu 0,1 g Natrium nucleïnicum plus 0,05 g Calcium glycerinophosphoricum (2—5 Stück tägl. je nach dem Alter der Kinder).

Die Firma Merck (Darmstadt) machte S. darauf aufmerksam, daß die Präparate in kalter Lösung (Zuckerwasser, Milch) oder direkt (Schokoladetabletten) gegeben werden sollen. Acidum- oder Ferrum nucleïnicum in Verbindung mit Ferrum-, Natrium- (oder Calcium-) glycerinophosphoricum wurden weniger oft gegeben, weil nach den drei ersteren Präparaten einigemal Durchfall auftrat, während mit Natrium glycerinophosphoricum in 50 $^{0}/_{0}$iger (dicklicher) Lösung schwerer zu arbeiten war. Die Empfehlung von glyzerinphosphorsaurem Kalzium gilt nicht dem Kalziumpräparat, sondern der Glyzerinphosphorsäure, wenngleich S. keineswegs den Siegertschen Standpunkt vertritt, der vorschlägt, man möge „bei künftigen Versuchen, Rachitis experimentell zu erzeugen, eher zuviel Kalk verfüttern als zuwenig". Dagegen möchte S. bei der (neben einer medikamentösen Therapie) nicht zu vernachlässigenden diätetischen Behandlung der Rachitis Nahrungsmittel mit starkem Kaliumgehalte vermieden wissen, wie Kohlarten, Hülsenfrüchte und besonders Kartoffeln, die ja in den Bevölkerungsschichten, die den höchsten Prozentsatz von Erkrankungen an Rachitis bieten, eines der Hauptnahrungsmittel sind.

Grätzer.

E. Hagenbach-Burckhardt, Über 2 Fälle von Heilung von Narbenstrikturen des Ösophagus durch Thiosinamin. (Aus dem Kinderspital in Basel.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 27.) Beide

Kinder hatten Natron- bzw. Kalilauge verschluckt. Das eine, 5 jährig, hatte eine Striktur, durch die auch die feinsten Sonden nicht passierten. Schon am Tage nach der zweiten Thiosinamininjektion hatte sich das Narbengewebe soweit gelockert, daß eine weiche 3 mm-Sonde durchging, und nach der siebenten Injektion passierte eine $9^1/_3$ mm-Sonde ohne Schwierigkeit. Vollständige Heilung. Der zweite Fall betraf einen 4 jährigen Knaben. Äußerste Abmagerung, profuses Erbrechen nach jedem Versuch der Nahrungsaufnahme, eine für eine Sonde von $2^1/_2$ mm durchgängige Striktur 20—24 cm von der Zahnreihe entfernt. Alle 2 Tage Injektion von 1, später $1^1/_2$ g. Bald 6 mm-Sonde durchführbar, allmähliche Besserung aller Erscheinungen und der Striktur, durch die eine 10 mm Sonde leicht passiert. Patient kann alle Nahrung ohne Beschwerden genießen. Grätzer.

Baumstark, Bad Homburg und seine Indikationen in der Kinderpraxis. (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. 11. Heft 4.) Homburg vereinigt drei Quelltypen in sich, eisen-, kochsalz- und kohlensäurehaltige Quellen. Es eignet sich daher für sehr verschiedenartige Erkrankungen; und gerade die milde Komposition reiner Wässer läßt es als besonders empfehlenswert für die Kinderpraxis erscheinen. Zunächst ist es der chronische Magenkatarrh mit übermäßiger Schleimbildung und herabgesetzter oder ganz aufgehobener Salzsäureproduktion und den daraus resultierenden Verdauungsstörungen bei Kindern, der durch den Gebrauch der Homburger Kochsalzquellen sehr günstig beeinflußt wird. Auch die den Magenkatarrh häufig begleitende Obstipation wird durch die kalt genossenen Quellen häufig beseitigt, desgleichen Residuen abgeheilt operativer und nicht operativer Fälle von Appendizitis. Von den Erkrankungen der Leber und der Gallengänge ist es besonders der katarrhalische Ikterus, der durch die Homburger Kochsalzquellen der Genesung zugeführt wird. Ein gutes Angriffsobjekt stellt die Anämie und Chlorose bei genügend lange fortgesetztem Aufenhalt dar. Von Infektionskrankheiten kommt vor allem der bei Kindern so häufige Gelenkrheumatismus für eine Homburger Kur in Betracht. Die nach Ablauf der akuten Störungen etwa zurückgebliebenen Gelenkveränderungen und die Neigung in Rezidiven werden durch die Sol- und Kohlensäurebäder Homburgs vortrefflich beeinflußt, ebenso die komplizierenden Erkrankungen des Endo- und Myokards. Freyhan (Berlin).

Roth, Ein Fall von tödlicher Benzinvergiftung. (Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1906. Nr. 24.) Bemerkenswert ist an dem Fall in toxikologischer Hinsicht, daß obwohl das $1^1/_2$ jährige Kind nach allem nur eine minimale Menge Benzin getrunken haben konnte, der Tod schon eine Stunde nach dem Trinken des Benzins eintrat. Ärztliche Hilfe war dem Kind sofort zuteil geworden. Zu dem in unmittelbarer Nähe wohnenden Arzt kam das Kind schon pulslos, leicht komatös, mit erweiterten Pupillen. Von dem Befunde bei der 48 Stunden post mortem ausgeführten Sektion möge nur kurz mitgeteilt sein, daß Totenflecke die gewöhnliche blaurote Farbe hatten und nicht auffallend hellrot waren, und daß der für Benzinvergiftung charakteristische Geruch nach Anilin nicht bemerkt werden konnte. Am auffallendsten

ist der Befund beider Lungen: Auf der Oberfläche unter der Pleura überall dicht aneinanderstehende linsen- bis erbsengroße Blutungen, die vielfach zu größeren Flecken zusammengeflossen waren, sich 4 bis 5 mm weit in das Lungengewebe hinein erstreckten. Das Lungengewebe selbst war überall von unzähligen kleineren und größeren Blutaustritten durchsetzt, so daß die Lungen ein vollständig gefiecktes Aussehen hatten. — Die chemische Untersuchung des Magen- und Darminhaltes ergab keine Spur von Benzin, wohl aber in den Organen, ein Beweis, wie schnell das Benzin in das Blut übergeht.

H. Netter (Pforzheim).

Alb. Uffenheimer, Warum kommen die Kinder in der Schule nicht vorwärts? (Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 27.) U. hielt vor der Schulkommission des Ärztlichen Vereins und der Gymnasiallehrervereinigung in München über dies Thema einen Vortrag und faßte am Schlusse desselben das Wichtigste in folgenden Sätzen zusammen:

Die Kinder, die in der Schule längere Zeit hindurch nicht vorwärtskommen, sind zumeist als nicht völlig normal in geistiger oder körperlicher Hinsicht zu betrachten. In sehr vielen Fällen erscheint zu ihrer Beurteilung die Mithilfe des Arztes notwendig, durch den oftmals eine Erkrankung festgestellt werden kann. Wenn somit auch für die Mittelschule die Anstellung von Schulärzten empfohlen wird, so möchte ich doch ausdrücklich hervorheben, daß für eine solche Stellung nicht jeder Arzt geeignet ist, sondern daß eine ganz besondere Vorbildung in der Kinderheilkunde, wie auch vollkommene Vertrautheit mit den psychologischen und psychiatrischen Untersuchungsmethoden verlangt werden müssen.

Bei der Aufdeckung der Krankheitsursachen müssen nicht nur die Verhältnisse in der Schule, neben den rein hygienischen, insbesondere die Größe des Lehrpensums und die Unterrichtsweise der Lehrer in Betracht gezogen werden, sondern auch das ganze Milieu, in dem der Schüler lebt und die Art seiner Beschäftigung außerhalb der Schule.

Besondere Berücksichtigung verdient das Pubertätsalter, in dem die Schüler sehr schonungsbedürftig sind. Der Lehrplan muß auf diese Tatsache mehr Gewicht legen, als dies bis jetzt geschehen ist.

Grätzer.

Josef Kavács, Was ergibt sich in bezug auf die Pathogenese der Lungentuberkulose nach Bestimmung der Infektionswege bei Fütterungs- und Inhalationsversuchen? (Zieglers Beiträge. Bd. 40. Heft 2. S. 281.) In der vorliegenden Arbeit werden die Resultate zahlreicher Tierversuche und umfangreicher Untersuchungen mitgeteilt, die zwar prinzipiell Neues nicht bringen, aber durch Bestätigung bekannter Dinge und durch Ergänzung mancher Lücken ein großes Interesse beanspruchen. Von den vielen bemerkenswerten Einzelheiten kann ein zusammenhängendes Referat nicht gegeben werden. Die Arbeit orientiert in knapper Form gut über die zur Diskussion stehenden und noch ungelösten Fragen. Auch aus den Experimenten K.s geht hervor, daß sich kein Beweis erbringen läßt, daß die Lungentuberkulose entweder nur aerogen oder

nur auf intestinalem Wege entsteht. Die im Experimente durch Fütterung oder Inhalation zustande gekommene Lungentuberkulose läßt keinen Schluß auf den Weg der Tuberkelbazillen zu, jedenfalls aber muß angenommen werden, daß in beiden Fällen eine Lungentuberkulose entstehen kann. Das Verhältnis, wie oft Lungentuberkulose auf intestinalem und wie oft auf aerogenem Wege entsteht, läßt sich experimentell nicht feststellen. Bennecke.

Gottfried Schönholzer, Ein retroperitoneales Teratom bei einem 2jährigen Knaben. (Zieglers Beiträge. 1907. Bd. 40. Heft 2. S. 349.) Der 2jährige, aus gesunder Familie stammende Knabe war bis 4 Tage vor seinem an Peritonitis erfolgenden Tode ganz gesund gewesen; er war nur durch seinen stets sehr dicken Bauch aufgefallen. Es fanden sich an ihm keinerlei Mißbildungen. Die Sektion ergab einen fast kindskopfgroßen, extraperitoneal gelegenen, höckrigen, auf dem Durchschnitt teils zystischen, teils soliden Tumor, der links der Wirbelsäule sitzend zwischen die Blätter des Mesenteriums eingewachsen war und durch strangförmige Verbindungen mit Teilen des Darmes, besonders des Magens in Verbindung stand. Er wies an einer Stelle eine runde Perforationsöffnung auf, aus der der bräunliche, geruchlose Inhalt der Zysten in die Bauchhöhle eingetreten und wahrscheinlich die Ursache der tödlichen Peritonitis geworden war. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Bestandteile aller drei Keimblätter, sowie einige als Organanlage zu deutende Gewebsbestandteile. Sch. kommt deshalb zu folgendem Schlusse: „Wir haben es mit einem Funde zu tun, der als bigerminales Tridermon (Wilms), speziell Teratom im linken Cölomabschnitte des Trägers sich entwickelte und der als eine fötale Inklusion sich später beim Heranwachsenden im retroperitonealen Gewebe links der Wirbelsäule zeigte.“ Bennecke.

Arthur Strauß (Barmen), Resultate der Uviollichtbehandlung bei Hautkrankheiten. (Dermatolog. Zeitschrift. Bd. XIII. Heft 11.) 350 Fälle von Hautkrankheiten aller Art hat S. mit Uviollicht behandelt und empfiehlt es angelegentlich auf Grund der guten kosmetischen Resultate. Besonders nässende Gesichtsekzeme, Akne, Alopesia areata usw. zeigten großen Erfolg (genau wie das Eisenlicht, mit dem man auch vorzügliche Resultate erzielt. Ref.). S. bestrahlt zunächst, meist einige Tage hintereinander, $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde, bei leichteren Dermatosen später 2—3 mal wöchentlich. Bei oberflächlichen Dermatosen genügen nach einigen längeren Bestrahlungen 10, selbst 5 Minuten lange Sitzungen zur völligen Heilung. Stromstärke 3 bis 4 Ampère. Drucklinsen und Konzentrationslinsen dabei sind noch der Zukunft vorbehalten.

Interessant sind die Versuche von S. über die Durchlässigkeit der einzelnen Medikamente und Salben für das Uviollicht, die S. zu einer Kombinationsbehandlung mit Vorteil benutzt hat, daß er die Salben usw. aufträgt und dann gleich bestrahlt. Ein beachtenswerter therapeutischer Wink (den allerdings mit Eisenlicht bewußt oder unbewußt viele Therapeuten angewendet haben. Ref.).

James O. Wentzel (Zittau).

Silex, Zur Frage der operativen Behandlung des angeborenen Astigmatismus. (Zeitschrift f. Augenheilk. Bd. 16. Heft 6.) Verf. teilt einen Fall von angeborenem Astigmatismus hyperopicus von 6 D I bei einem Knaben mit. Er führte an demselben 3 mal eine subkonjunktivale Sklerotomie nach oben bzw. unten mit völliger Durchtrennung der Sklera aus. Der Astigmatismus verringerte sich dadurch rechts auf 2,5 D, links auf 1,5 D. Die Sehschärfe stieg von $^5/_{15}$ auf $^5/_{10}$—$^5/_{7,5}$. Schick.

Böhm, Kasuistische Mitteilung über einen Fall von Nasenstein. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1907. Heft 1.) Bericht über einen kolossalen Nasenstein, den B. in mehreren Sitzungen einem Patienten mit Schlinge, Kornzange und Konchotom entfernte. Der Stein war unregelmäßig, tropfsteinartig geformt, äußerst brüchig und über taubeneigroß. Der Patient soll viel sogenannten Schmalzlertabak geschnupft haben, der bekanntlich zerriebenes Glas und Kalk enthält, außerdem soll er viel mit Kalkdünger gearbeitet haben. Durch eine bestehende Spina septi wurde die Entstehung des Fremdkörpers begünstigt. A. Sonntag.

Eschweiler, Die Behandlung der Mastoiditis mit Stauungshyperämie nach Bier. (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 71. Heft 1 u. 2.) Mit Kepler nimmt E. Stellung gegen das von anderen Otologen ausgesprochene abfällige Urteil über Stauungsbehandlung bei Mastoiditis. Er veröffentlicht 14 Krankengeschichten von akuten Mastoiditiden, die wahllos, wie sie zur Behandlung kamen, der Stauungstherapie unterworfen wurden. Benutzt wurde ein einfaches 2—3 cm breites Gummiband, welches mit Haken und Ösen versehen war; dasselbe wurde jeden Tag 20—22 Stunden getragen. Die Binde liegt dann richtig, wenn das Gesicht des Kranken sich leicht bläulich-rot verfärbt und ein etwas gedunsenes Aussehen bietet, bald zeigt sich auch hinter dem kranken Ohre ein rotes feuriges Ödem. Wo Eiter hinter dem Trommelfelle vermutet wurde, wurde die Paracentese gemacht, ebenso wurde bei deutlich fühlbarer Fluktuation hinter dem Ohre ein kleiner Einschnitt gemacht, sonst wurde die Reinigung des Gehörganges auf das allernotwendigste beschränkt und besonders von dem Gebrauch der Antiseptika Abstand genommen. Die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mußte zweimal vorgenommen werden. Von den 14 Fällen sind 11 geheilt, von den 3 nicht geheilten Fällen starben 2 Patienten, während der dritte in andere Behandlung überging. Die beiden Todesfälle legt E. nicht der Methode zur Last, er hält das Eintreten derselben auch ohne Stauung für sicher, da es sich im ersten Falle um lokalisierte eitrige Meningitis bei primärer Kuppelraumentzündung handelte, und im zweiten Falle die Diagnose auf otogene Sepsis oder Miliartuberkulose gestellt wurde, wo auch ohne Stauung von einem operativen Eingriff Abstand genommen worden wäre. E. bedauert, daß die Otologen bisher sich ablehnend der Stauungsbehandlung gegenüber verhalten haben, und ist überzeugt, daß bei Krankenhausbehandlung und steter ohrenärztlicher Kontrolle die Erfolge erfreulich sein werden. A. Sonntag.

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

Aráoz Alfaro (Buenos Aires), Lutte sociale contre le rachitisme et les dystrophies infantiles. (Archives de méd. des enf. Décembre 1906.) Die Rachitis ist, namentlich in den großen Städten, eine ungemein verbreitete Krankheit, und da sie das Individuum in einen Zustand von physiologischer Inferiorität versetzt, muß mit allen Mitteln gegen dieselbe angekämpft werden. In letzterer Beziehung müssen die verschiedenen prophylaktischen Maßregeln in zwei große Gruppen eingeteilt werden: solche, welche die Kollektivität und die Familie betreffen, und solche, die sich auf das Kind beziehen.

I. Vor allem muß dahin gestrebt werden, das Schicksal der armen Klassen zu verbessern, indem die Arbeit geregelt, die Überarbeitung verhindert, die Hygiene und Sicherheit der Arbeitslokale gebessert wird.

Eine besondere Gesetzgebung muß sich mit der Einführung hygienischer Verhältnisse in den Wohnungen der Armen befassen und die Errichtung gesunder, luft- und lichtreicher, billiger Wohnungen, mit Bevorzugung der Vorstädte großer Wohnzentren, fördern. Breite und gut gelüftete Straßenzüge, große Gärten und öffentliche Parke sollen überall angelegt werden.

Ein wichtiger Punkt ist eine bessere Bezahlung der Arbeit und eine Verbilligung der notwendigsten Nahrungsmittel, wie Fleisch, Milch und Brot, was man durch Besteuerung des Luxus und der Ausgelassenheit erzielen könnte.

In jeder Familie sollte der Mann soviel verdienen, um den Lebensunterhalt der Seinen sichern zu können, wodurch die Arbeit der Frau überflüssig werden würde, dieselbe könnte die Kinder beaufsichtigen und, was von besonderer Wichtigkeit ist, selbst säugen. Bis zur Verwirklichung dieses Wunsches muß schwangeren Frauen die Möglichkeit geboten werden, in der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft auszuruhen, die Zahl der Arbeitsstunden muß eine geringere sein und zwischen denselben genügende Pausen gelassen werden, welche zur Stillung der Kinder werden sollen. Hierzu sollten neben allen großen Fabriken eigene Kinderbewahranstalten errichtet werden.

Der Alkoholismus muß bekämpft, andererseits Hygiene und Prophylaxis in den breiten Volksmassen verbreitet werden. Hebung des allgemeinen Wohlstandes und Verbreitung der Kultur sind zwei wichtige Punkte in der Prophylaxe der Rachitis. Solange die Eltern nicht ihren bequemen Lebensunterhalt haben können und keine genügende Bildung besitzen, ist es auch nicht möglich, daß sie sich in zweckmäßiger Weise mit ihren Kindern abgeben sollen.

II. Das neugeborene Kind hat das Recht, die Brust seiner Mutter zu erhalten. Man wiederholt es oft, doch wird es im Leben nur wenig beobachtet, obwohl man nicht verkennen kann, daß die Mutterbrust für das Kind sowohl Gesundheits- als auch Lebensgarantie bedeutet.

Die Zahl der Institute, wo die Säuglinge überwacht und die Mutter die nötige Belehrung erhalten, soll vermehrt werden. Man soll den notleidenden Müttern das Aufziehen ihrer Kinder erleichtern

und nur jenen erlauben, sich als bezahlte Ammen zu betätigen, deren Kinder eine genügende Pflege anderweitig haben können. Die von Fremden auferzogenen Kinder müssen einer stetigen und strengen Kontrolle unterworfen werden.

Endlich ist es von Wichtigkeit, den Milchhandel in genauer Weise zu regeln und zu beaufsichtigen und dahin zu wirken, den Preis dieses wichtigen Nahrungsmittels möglichst zu vermindern. E. Toff (Braila).

d'Astros (Marseille), Les oedèmes chez le nouveau-né et le nourrisson. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Septembre 1907.) Ödeme sind bei Neugeborenen keine Seltenheit und treten hauptsächlich bei schwächlichen oder vorzeitig geborenen Kindern auf. In diesen Fällen dürften namentlich der schwach entwickelte Respirationsapparat und die mangelhaften Zirkulationsverhältnisse die Ursache der Erscheinung abgeben. Doch gibt es auch andere, mannigfache Gelegenheitsursache für die in Rede stehenden Ödeme, und der Verf. widmet denselben eine nähere Beschreibung. So sind von Wichtigkeit diejenigen Ödeme, welche im Verlaufe einer infektiösen Krankheit auftreten oder ein bereits bestehendes Ödem in besonderer Weise verschlimmern. Während bei den gewöhnlichen Ödemen der Neugeborenen kein Eiweiß im Harne gefunden wird, erscheint dasselbe regelmäßig, falls es sich um ein derartiges verschlimmertes Ödem handelt. Die Nabelschnurinfektionen, der infektiöse Ikterus und die broncho-pulmonalen Infektionen spielen die Hauptrolle in der Ätiologie desselben. Auch hereditär-syphilitische Kinder sind derartigen Ödemen ausgesetzt, es haben diese eine schlechte prognostische Bedeutung. Sie können in den ersten Tagen nach der Geburt oder einige Wochen später auftreten. Die Verbindung zwischen Ödem und hereditärer Lues ist eine so häufige, daß man immer bei langwierigen Ödemen der Neugeborenen, falls nicht andere Ursachen nachzuweisen sind, an Lues denken muß.

Lungenerkrankungen können in verschiedener Weise zur Bildung von Ödemen führen. Einerseits infolge infektiöser Erkrankungen dieses Organes, andererseits in mechanischer Weise, infolge heftiger Hustenstöße (Keuchhusten) oder Venenkompression, falls die Erkrankung an der Lungenspitze ihren Sitz hat. Meist sind das Gesicht und die oberen Extremitäten in derartigen Fällen von Ödem befallen.

Sehr wichtig sind die Ödeme, die im Verlaufe schwerer Magendarmerkrankungen bei Neugeborenen auftreten. Der Grund für dieselben können Nierenerkrankungen, die infolge der schweren Ernährungsstörung sich entwickeln, sein, oder auch Retention von Chlorverbindungen, wie auch Veränderungen des Nierenparenchyms zu ödematösen Infiltrationen Veranlassung geben können.

E. Toff (Braila).

Georges Petit (Lille), Origine intestinale de l'anthracose pulmonaire. (La presse médicale. 1906. Nr. 82.) Die physiologische Anthrakosis, die beim Greise sehr entwickelt ist, besteht beim Kinde nur in geringem Maße und wird beim Säugling gar nicht gefunden. Um zu sehen, wie sich bei letzterem Anthrakosis entwickeln kann, hat der Verf. folgende Versuche angestellt. 6 Kinder im Alter

bis zu einem Jahre, welche schwer krank waren (tuberkulöse und athreptische in vorgeschrittenem Stadium), erhielten durch eine dünne Magensonde 15—20 ccm einer Mischung von sterilisiertem Wasser mit je einem Kaffeelöffel von Tierkohle und Pflanzenkohle. Die kleinen Patienten vertrugen dies sehr gut, und als später, dem natürlichen Laufe der Krankheit zufolge der Tod eintrat, wurden Darm, Mesenterialganglien und Lunge auf absorbierte Kohlenteilchen untersucht und folgendes festgestellt. In zwei Fällen genügte bereits die makroskopische Untersuchung, um die Anthrakosis festzustellen; man sah feine, schwarze Teilchen unter der Pleura in der Höhe der Lungenspitze und des vorderen Lungenrandes, sowie auch in den interlobulären Räumen. Diese Verteilung entspricht derjenigen der physiologischen Anthrakosis, sowie auch der Lokalisation der Tuberkulose.

Die Untersuchungen der mit Pikrokarmin gefärbten Darmteile zeigten, daß die Kohlenteilchen durch die Darmzotten in die Lymphbahnen eintreten und von den Leukozyten bis unter den Peritonealüberzug des Darmes geführt werden. Von da gehen sie in die Mesenterialganglien über, in deren Rindensubstanz man sie in großer Anzahl vorfinden kann. Von hier gelangen sie im weiteren Verlaufe durch den Blutkreislauf in die Lungenkapillaren, können in die Alveolen oder auch in die subpleuralen Lymphbahnen gelangen.

Eine bedeutende Anthrakosis wird hauptsächlich bei tuberkulösen Kindern beobachtet, wohl aus dem Grunde, weil die Resistenzfähigkeit der Mesenterialganglien eine verminderte und hierdurch der Durchgang der Kohlenteilchen erleichtert ist.

Der intestinale Ursprung der physiologischen Anthrakosis scheint also durch diese Versuche erwiesen. E. Toff (Braila).

Marcel Labbé (Paris), Le role protecteur des ganglions lymphatiques. (La presse médicale. 1906. Nr. 97. S. 786.) Entgegen den Behauptungen von Noetzel, welcher den Lymphdrüsen die Rolle von Verteidigungsorganen des Organismus abspricht, hält der Verf. an der alten, zum Teil von ihm und Bezançon aufgestellten Lehre fest, daß die Drüsen des Lymphsystems eine wirksame Schutzwand gegen Infektionen des Gesamtkörpers abgeben.

In dieser Beziehung muß natürlich festgehalten werden, daß es vorkommen kann, daß infolge der großen Virulenz der in Betracht kommenden Mikroorganismen dieser Schutz ungenügend wird und es zu einer allgemeinen Infektion kommt, doch sind die Lymphdrüsen wirksame Schutzmittel gegen leichte und mittlere Infektionen. Letztere erfahren eine Abschwächung nach ihrem Durchtritte durch die Lymphdrüsen, Beweis dessen, daß Inokulationen pathogener Mikroben direkt in die Blutbahn viel gefährlicher sind, als subkutane.

Die immunisierende Wirkung verschiedener Sera gegen sehr virulente Infektionen zeigt in evidenter Weise die Rolle der Lymphdrüsen in der Verteidigung des Organismus. Wird einem Meerschweinchen eine Kultur von Diphtheriebazillen oder eine tötliche Dosis von Toxinen subkutan eingespritzt, so durchdringt die Infektion, bzw. Intoxikation, allsogleich die Drüse, welche nekrotisch wird und keinerlei defensive Kraft dem Feinde gegenüber entwickeln kann. Wird aber präventiv

oder gleichzeitig eine genügende Dosis antidiphtherischen Serums eingespritzt, so entwickelt sich eine intensive Reaktion in der Drüse und die Infektion kann diese Schutzwand nicht mehr durchdringen.

Daß die Drüsen die Virulenz der Mikroorganismen herabsetzen, konnte L. durch verschiedene experimentelle Untersuchungen nachweisen. In einem Falle von Erysipel des Neugeborenen töteten die Streptokokken aus der Hautwunde ein Kaninchen innerhalb 4 Tagen durch allgemeine Infektion, während diejenigen aus der entsprechenden Lymphdrüse dies erst nach einem Zeitraume von 2 Monaten bewirkten.

In ähnlicher Weise konnte eine Abschwächung der Virulenz bei einem pneumoniekranken Kinde festgestellt werden, insofern die Pneumokokken aus der Lunge eine Maus nach einem Tage töteten, während bei Anwendung der aus dem entsprechenden Bronchialganglion gezüchteten dies erst nach 4 Tagen der Fall war.

Durch die histologischen Untersuchungen kann die bakterizide Wirkung der Lymphdrüsen auch de visu festgestellt werden. Im Laufe von experimentellen Untersuchungen kann nachgewiesen werden, daß dieselbe eine doppelte Funktion erfüllen: 1. Die endothelialen und bindegewebigen Zellen der Drüsensinus verwandeln sich in Makrophagen und nehmen die Bakterien auf, wie man dies z. B. bei Anthrax direkt beobachten kann. Auf diese Weise werden die Mikroorganismen, welche nicht an der Inokulationsstelle vernichtet wurden, unschädlich gemacht. 2. Durch ihr follikuläres System erzeugen die Drüsen ferner zahlreiche mononukleäre Leukozyten, welche in die Blutzirkulation gelangen und durch dieselbe an jene Stellen gebracht werden, wo es nottut, den Gesamtorganismus gegen eine allgemeine Infektion zu schützen.

E. Toff (Braila).

Marcel Lermoyez, Comment nous garer de l'ozène? (La presse médicale. 1906. Nr. 98.) Auf Grund mehrerer selbstbeobachteter Fälle, deren Krankengeschichte angeführt wird, spricht der Verf. aus, daß die Ozaena eine infektiöse Krankheit sei, und gelangt zu folgenden praktischen Schlüssen. Ozaenöse sollen eine peinliche Sauberkeit beobachten und namentlich gegenüber kleinen Kindern und speziell jungen Mädchen strenge prophylaktische Maßregeln ergreifen.

Ammen und Pflegerinnen sollen mit Bezug auf Ozaena untersucht werden, namentlich wenn es sich um Personen mit flachem Gesichte und platter, breiter Nase handelt.

Auch für künftige Eheleute ist das Feststellen der Krankheit bei einem der beiden Teile von Wichtigkeit, da der andere Teil, von anderen Gründen abgesehen, ausgesetzt ist, ebenfalls an Ozaena zu erkranken.

E. Toff (Braila).

A. Augustin Rey (Paris), L'habitation. Hygiène de l'escalier. Les mauvais escaliers. Les bons escaliers. (La presse médicale. 1907. Nr. 3.) Der Verf. bespricht die Treppe der modernen Großstadthäuser und nennt dieselbe eine in vertikaler Richtung verlängerte Straße. Nichtsdestoweniger wird der Treppe, was Hygiene anbelangt, keine Aufmerksamkeit geschenkt und dieselbe ohne jedwede Rücksicht auf Licht und Ventilation angelegt. Man vergißt, daß die Luft aus dem Stiegenhause in die Wohnungen ein-

dringt und dort die Luft verdirbt, statt sie in günstiger Weise zu erneuern.

Die Anwendung von Teppichen und sonstigen Dekorationen im Stiegenhause ist unhygienisch und daher zu unterlassen, ebenso auch die Anlage von Holztreppen. Im allgemeinen soll die Treppe und das Stiegenhaus aus solchem Material angefertigt werden, daß dasselbe mit reichlichem Wasser und oft gewaschen werden kann, und in temperierten Gegenden soll die Stiege überhaupt in keinem geschlossenen Raum sein, sondern nach allen Seiten hin offen stehen.

Die Gesamtanlage der Treppe muß eine derartige sein, daß von beiden Seiten Licht und Luft eindringen kann, sei es, daß dies in longitudinaler oder transversaler Richtung erfolgt. In halber Treppenhöhe soll ein Ruheabsatz angebracht werden, damit man nicht genötigt ist, die Treppe in einem Zuge zu ersteigen. Endlich soll man in jenen Wohnhäusern, wo viele Kinder sind, auch auf dieselben Rücksicht nehmen, indem man die einzelnen Stufen nicht zu hoch macht und die Form derselben derart wählt, daß an den Rändern die Stufenbreite eine geringere ist als in der Mitte. Die Kinder können dann die leichter ersteigbaren Seitenteile, wo auch das Geländer ist, benützen, während die Erwachsenen die Mitte nehmen.

Um Unglücksfällen vorzubeugen, ist es vorzuziehen, in der Stiegenmitte keinen freien Raum zu lassen, so daß die Geländer, von oben gesehen, enge aneinander schließen.

Zahlreiche Abbildungen illustrieren die interessanten Ausführungen des Verf.s, der auch sonstige lesenswerte Aufsätze über Wohnungshygiene geliefert hat. E. Toff (Braila).

A. Merique, Intoxikation d'un enfant de 16 mois par le camphre. (Journal médical de Bruxelles. 7. Juni 1906. Nr. 23.) Das Kind bekam von seiner Mutter wegen Verdauungsstörungen versehentlich statt Rizinusöl 2 Teelöffel = 15 ccm Kampheröl. 2 Stunden später trat Erbrechen auf, extreme Dilatation der Pupillen und völliger Bewußtseinsverlust kam hinzu. Der zunächst hinzugerufene Arzt fand das Kind in einen schweren Zustand, der charakterisiert war durch sehr bedrohliche respiratorische Spasmen, durch klonische Kontraktionen der Arm- und Gesichtsmuskulatur und Verlust des Bewußtseins. Als M. 4 Stunden nach dem Ereignis das Kind sah, war das Gesicht stark gerötet, große Schweißtropfen bedeckten Stirn usw., der ganze Körper befand sich in starker Transpiration, die Gesichtsmuskeln in unaufhörlichen rhythmischen Zuckungen bewegt, ebenso die Arme. Die Krämpfe in den Beinen waren leichterer Art. Puls 168, die Herztöne waren etwas verstärkt. Der leichte Druck eines Phonendoskops erzeugte in der Präkordialgegend eine fünffrankstückgroße Ekchymose. Die Exspirationsluft roch nach Kampher. Unter Darreichung einer starken Dosis Brom besserte sich vorübergehend der Zustand. Das Erbrechen wiederholte sich noch mehrfach. Ca. 9 Stunden nach der Verabreichung des Kampheröls erfolgte während eines heftigen und plötzlichen Brechaktes der Tod. Während der ganzen Zeit hatte keine Inkontinenz bestanden. Eine Blutuntersuchung war nicht vorgenommen worden und auch die Autopsie konnte nicht gemacht werden.

Von der äußerst zahlreichen Totenflecken sah die Haut wie marmoriert aus. Die Symptome einer Kamphervergiftung sind folgende: Lebhafte Wärmeempfindung, Beschleunigung des Pulses, eine abundante Schweißabsonderung, motorische Unruhe, Halluzinationen; bei stärkeren Dosen werden die Zentren des verlängerten Markes und der Protuberanz ergriffen, es kommt dann zu spastischen Kontrakturen, Hyperästhesie, Pupillenerweiterung, Erbrechen, Bewußtseinsverlust und Delirien. Der Blutdruck steigt, der Puls bleibt frequent, wird aber unregelmäßig und klein, die Atmung dyspnoisch. Die Reflexerregbarkeit erlischt, die Körpertemperatur fällt und schließlich tritt der Tod infolge Herzparalyse ein. Im Falle der Heilung ist die Rekonvaleszenz lang. Zu dem klassischen klinischen Bild der Kamphervergiftung fehlten bei dem Kinde nur die Gehirnsymptome. Im Anschluß an diese Mitteilung berichtet Verf. über eine Reihe von Fällen aus der Literatur, wo ebenfalls nach ganz geringen Mengen Kampher tötliche Vergiftungen bei Kindern auftraten (Trousseau et Pidoux, Marquat, Löbl, Davies, Schaaf), und bezeichnet auf Grund dieser Literaturangaben 1 g Kampher als die für ein 2 jähriges Kind tötlich wirkende Dosis. Zur Behandlung empfiehlt Verf. vor allem die Magenspülung. Im Exzitationsstadium Sedativa, und zwar wegen ihrer depressorischen Wirkung, ihrer schweren Dosierbarkeit und ihrer viel zu lange andauernden Wirkung kein Brom, bzw. Morphium oder Chloral, sondern Chloroform; im Exzitationsstadium: Begießungen, Massage, Abreibungen, Alkohol- bzw. Koffeininjektionen, Ammoniumacetat. Wegen der Gefahr der Abkühlung warme Einwicklungen.

H. Netter (Pforzheim).

Horand, A propos d'un cas de scarlatine chez un enfant de 6 ans, ainsi que chez sa mère accouchèe depuis peu et nourrice. (Bulletin médical et administratif du Dispensière général de Lyon. 15. Mai 1906.) 20 Tage nachdem das Kind an Scharlach erkrankt war und 40 Tage nach der Niederkunft erkrankte die Mutter an Scharlach, die bisher mit Erfolg gestillt hatte. Wegen des hochfieberhaften Verlaufs der Erkrankung zögerte H. nicht, das Kind von der Mutter zu entfernen, die es lebhaft bedauerte. Der Arzt versprach der Mutter ihr Kind sofort mit dem Eintritt der Besserung wiederzugeben. Das Kind wurde nun mit der Flasche ernährt, außerdem aber wurde zur Unterhaltung der Milchsekretion die Brust mehr oder weniger gut entleert, jedoch ohne große Hoffnung. Nachdem das Fieber gefallen war und die Mutter wieder anfing, sich zu ernähren, erlaubte man ihr am 15. Tag wieder das Anlegen des Kindes, wobei man zur Verhütung einer Ansteckung besondere Vorsichtsmaßregeln für das Kind verwendete. Die Milch kam nun sehr rasch wieder und die Entwicklung des Kindes ließ nichts zu wünschen übrig.

H. Netter (Pforzheim).

William Wright, The influence of school closure in the control of spread of infections disease among children. (Public Health. Oktober 1906. Nr. 1. Vol. XIX, pag. 23.) Verf. macht folgende Bemerkungen und stellt folgende Forderungen auf: Im Jahre 1905 wurden in Glasgow in den 6 Wochen, die den Ferien vorausgingen, 57 Fälle von Diphtherie angezeigt, während der 6 Ferienwochen eben-

falls 57, in demselben Zeitraum nach den Ferien 93 Fälle. Von diesen 93 waren 24 unter dem schulpflichtigen Alter von 8 Jahren, 57 waren zwischen 8 und 13 Jahren, d. h. in dem für einen Teil von Schottland schulpflichtigen Alter, 12 Fälle waren älter. Der Autor schließt, daß der Schulbesuch, die Ansammlung einer großen Zahl von Kindern in den empfänglichen Jahren die Verbreitung der Diphtherie begünstigt. Der Schulschluß kommt meist zu spät. Als Verf. beim Auftreten von zwei Diphtheriefällen in einem Klassenzimmer alle Kinder untersuchte, fand er zwei ausgesprochene Kranke und fünf verdächtige heraus. Nach Desinfektion von Tafeln und Schwämmen blieben die übrigen Kinder gesund. — Bei Scharlach nimmt W. keinen wesentlichen Einfluß des Schulbesuches auf die Zahl der Fälle an. In Glasgow traten wenigstens Epidemien infolge der nahen Berührung der Kinder in der Schule nicht auf. Anders liegt die Sache bei Masern. Verf. betont die hohe Ansteckungsfähigkeit in den frühen Stadien der Krankheit, bevor die Diagnose gestellt ist, ihre Virulenz sowie den Umstand, daß Masern denselben Stadtdistrikt 2 Jahre hintereinander wieder befallen können, derart, daß die zweite Epidemie schlimmer ist als die erste. Auch im dritten Jahr kann ein Wiederaufflackern stattfinden, in so ernstem Maße, daß die Mortalität die durchschnittliche Sterbeziffer in der ganzen Stadt bei weitem übertrifft. W. gelangt zur Aufstellung folgender Forderungen: regelmäßige ärztliche Besichtigung der Schulen, um die frühesten Fälle ausfindig zu machen, ist zweckmäßiger und wirksamer als Schluß der Schule bei Erkennung des anscheinend ersten Falles oder als Schluß der Schule jedesmal, wenn die Schülerzahl auf 30—40% gesunken ist. Bei Diphtherie muß die Untersuchung des Rachenbelags und die freie Austeilung des Antitoxins als prophylaktisches Mittel in infizierten Haushaltungen hinzukommen. Die Mütter der arbeitenden Klassen müssen bei Masern über die Größe der Gefahr und über die Komplikationen aufgeklärt werden. H. Netter (Pforzheim).

Herbert Peck, Medical officer of Health, Borough and Rural district of Chesterfield: Ein weiterer Versuch in der Behandlung der Pocken mit Rotlicht. (Public Health. Febr. 1907. Vol. XIX. Nr. 5. pag. 299.) In den Chesterfield Joint und North Derbyshire Hospital, in den Verf. konsultierender Arzt ist, wurden von 1902—1905 insgesamt 244 Pockenkranke behandelt. Über Zahl der Impfnarben, Alter, Charakter des Pockenexanthems, Zahl der Fälle, Mortalität, gibt die erste Tabelle genaue Auskunft. Nur 76 hatten keine Narben von vorausgegangener Impfung, 35 hatten eine Impfnarbe, 38 zwei, 48 drei, 32 vier, 3 fünf und 2 acht Impfnarben, die beiden letzteren 12 und 7 Jahre zuvor revakziniert. Von den 244 Kranken starben 6, von den 69 Personen unter 15 Jahren nur einer. In 103 Fällen waren die Pocken spärlich oder sehr diskret, in 71 reichlich, aber voneinander getrennt, in 35 reichlich bis halbkonfluierend, und in 35 konfluierend. — Bei der Aufnahme in das Krankenhaus wurden die Pockenkranken in Räumen untergebracht, deren Fenster rubinrote Glasscheiben oder gewöhnliche Glasscheiben hatten, die mit rubinroten, von den Photographen gebrauchtem Papier bedeckt waren. Hier blieben sie bis zum Verschwinden des Aus-

schlages oder bis zur vollendeten Eintrocknung der Schorfe. Es kam selten vor, daß die Pocken eitrig wurden, wenn der Kranke in einem frühen Stadium aufgenommen wurde, sogar wenn es sich um Variola confluens handelte. Es war interessant zu sehen, wie Exantheme, die sonst unter gewöhnlichen Umständen eine häßliche Entstellung zurückzulassen versprachen, unter unbedeutender Narbenbildung abheilten. Verglichen mit der Mortalitätsziffer aus anderen Gegenden aus den Jahren 1902—1905, war jene bei Rotlichtbehand- 2,4 $^0/_0$, bei sonstiger Behandlung 6 $^0/_0$. In Derbyshire, Chestire, Lanzashire, Liverpool und Manchester wurden in toto 6234 Pockenkranke mit 271 Todesfällen behandelt, i. e. 4,3 $^0/_0$. Alles in allem: der durchschnittliche Aufenthalt im Krankenhaus war kürzer, die Ausgaben für Pflegepersonal, Medizin usw. geringer als sonst. H. Netter (Pforzheim).

William S. Cheesman, Exstirpation eines $4^1/_4$ Pfund schweren Hypernephroms bei einem 20 Monate alten Kind. (Annals of Surgery. Januar 1907.) Die Operation war sehr erschwert durch das vor dem Tumor breit ausgestreckte Mesokolon. Wäre der Zustand des Kindes nicht ein sehr prekärer gewesen, so hätte man einen großen Teil der Niere an Ort und Stelle zurücklassen können, wie das Abbé in einen Fall eines 8 Pfund schweren Tumors tat bei einem Kind, das im ganzen nur 24 Pfund wog. In beiden Fällen war die Diagnose vor der Operation auf Sarkom gestellt worden. Die histologische Untersuchung erst ergab, daß es sich um ein Hypernephrom handelte. H. Netter (Pforzheim).

W. Keen, Schwere Verbrennung des Kopfes im Alter von 7 Monaten. Konsekutive Nekrose des ganzen knöchernen Schädeldaches. (Ann. of Surgery. Mai 1907.) Die Heilung der selten schweren Kopfverbrennung und der dabei unternommene Versuch einer kranio-zerebralen Chirurgie mögen eine kurze Mitteilung rechtfertigen: Das 7 Monate alte Kind war von seinen Eltern in einem Schaukelstuhl, einem Kaminfeuer gegenüber, zurückgelassen worden, unter Aufsicht eines 2 Jahre älteren Bruders. Bei ihrer Rückkehr fanden die Eltern ihr Kind auf dem Boden liegend, mit dem Kopf im Feuer. Nach den ziemlich vagen Angaben des einzigen Zeugen dieser Szene und nach der ganzen sonstigen Disposition des Raumes nahm man an, daß der Bruder, um das schreiende Kind zu beruhigen, sich an den Schaukelstuhl anhing, ihn zum Schaukeln brachte, wobei das Kind, mit dem Kopf voraus, in das brennende Kamin flog: eine halbe Stunde ungefähr mag das Kind so gelegen haben. Die Folge der furchtbaren Verletzung war zunächst eine rapide Abstoßung der ganzen verbrannten Kopfschwarte. 6 Monate später geschah das Gleiche mit den Schädelknochen. Es hatte sich eine Nekrose en bloc gebildet und man konnte so vier Knochensequester sammeln, die den oberen Teil des Stirnbeins, den beiden Scheitelbeinen und einem Segment der rechten Schläfenbeinschuppen entsprachen. In ihrer natürlichen Position aneinandergesetzt, bildeten sie eine Kalotte von 17 cm Länge und 11 cm Breite. Gleichwohl kam das Kind durch und die Wunde schloß sich nach und nach. Nach einem Jahre etwa war die Vernarbung nahezu beendet. In der Folgezeit brach

die Wunde noch häufig auf. Bald darauf hatte das Kind 9 Krampfanfälle, die jedoch im darauffolgenden Jahre gänzlich ausblieben. Dann kam es zu epileptiformen Anfällen. Im 7. Jahr kam das Kind zur Schule, wo es sich intelligent und von gutem Gedächtnis zeigte. Mit dem 11. Jahr häuften sich die Anfälle derart, daß die Intelligenz immer mehr Not litt, bis das Kind schließlich fast vollkommen idiotisch geworden war. In diesem Zustand war das Kind in seinem 14. Jahr, als K. die Behandlung übernahm. Damals hatte es 400 Anfälle etwa im Jahr. Bis auf das total ausdruckslose Gesicht war im übrigen an dem Gesamtaspekt nichts Anormales. Am Schädel, etwas rechts vor der Mediallinie, bestand ein Substanzdefekt, dessen Dimensionen sich auf 8 cm Länge zu 5 cm Breite reduziert hatten. Unter der an einzelnen Stellen noch ulzerierten Narbe fühlte man das Gehirn pulsieren. Wie das Fell einer Trommel, so waren die Weichteile gespannt, welche die Bresche im Knochen schlossen. Die Prüfung des Nervensystems und der Typus der Krämpfe ergab keinen sicheren Anhaltspunkt dafür, daß eines der Hirnzentren mehr beteiligt war als die anderen. Daß der Zustand von Stumpfsinnigkeit und die epileptiformen Attacken auf die Kompression des Gehirns durch die mit der Dura mater selbst verlötete Narbe zurückzuführen waren, unterlag keinem Zweifel. Ihre Freilegung bedeutete das Risiko einer Verletzung der Meningen, vielleicht selbst des Gehirns, abgesehen von dem so gut wie sicheren, durch neue Adhäsionen bedingten Rezidiv. Von dieser Erwägung ausgehend, beabsichtigte K. den Knochendeckel in toto zu mobilisieren, um so die Kompression des Gehirns zu vermindern. In einer ersten Sitzung wurden, zunächst auf der linken Kopfseite, in einer vom Okziput nach dem Stirnbein gehenden horizontalen Linie, ein wenig über den Ohren, eine Serie von 4—5 ccm langen, zur genügenden Blutversorgung durch ausreichende Hautbrücken getrennten horizontalen Inzisionen gemacht. Durch jeden dieser Schnitte wurde die Haut in horizontaler Richtung vom Knochen abgehoben, dann, nach Anlegung einer Öffnung mit dem Trepan, der Knochen in gleicher Richtung, unter völligem Dekollement der Dura mater, mit einer Hohlmeißelzange, durchtrennt. Als zwei Tage später die gleiche Operation auf der rechten Kopfseite gemacht worden war, zeigte sich das ganze Knochendach getrennt von der Schädelkapsel, wie durch einen horizontalen Schädelschnitt. Dieser doppelte Eingriff wurde von dem Kinde sehr gut ertragen, der einzige Zwischenfall war die Verletzung des Sinus longitudinalis vorn, aus Unvorsichtigkeit. Zur Loslösung der Knochenkalotte waren im ganzen 8 Inzisionen nötig. Die Ergebnisse des Eingriffes waren ziemlich mäßig. Immerhin führte er zu einer Verminderung der Zahl der epileptiformen Anfälle, und auch der Zustand von Hebetudo begann zu weichen. Das Kind zeigte etwas mehr Intelligenz, aber die Fähigkeiten entwickelten sich ziemlich langsam. Eine 2 Jahre post operat. aufgenommene Radiographie zeigte die horizontale Knochenspalte noch in der ursprünglichen Breite, nur die Ränder waren regelmäßiger geworden.

H. Netter (Pforzheim).

Stephanson, Eine durch hereditäre Syphilis bedingte Form von Amblyopie bei kleinen Kindern. (The ophthalm.

1906. Nr. 9.) Verf. teilt 6 Beobachtungen von Hyalitis specifica mit. Der Augenspiegel läßt nur eine Glaskörpertrübung mit wenigen flottierenden Opazitäten erkennen. Auch nach Aufhellung der Glaskörpertrübung finden sich chorioiditische und retinitische Veränderungen nur wenig. Therapeutisch kommt eine spezifische Behandlung in Betracht. Schick.

Kostienko, Zur Therapie der Ruhr. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 24.) Verf. lobt sehr die Anwendung des Magnesium sulfurosum, welches Mittel er in mittelschweren und jenen Fällen, wo er die Serumtherapie, die K. als die rationellste und beste ansieht, nicht anwenden konnte, stets ordiniert hat. Die Dosis betrug bei kleinen Kindern 0,2—0,5, Erwachsenen 1,0—2,0 2 stündlich.

Der Gang der Behandlung ist folgender: Im Beginne Kalomel oder Ol. Ricini; das erstere Mittel bei vorhandenen, das letztere bei fehlenden gastrischen Erscheinungen, darauf Magnesium sulfurosum, bis keine blutigen Stühle mehr erfolgen, zum Schluß Tannalbin, Bismut und dergl. Äußerlich warme Kataplasmen.

Verf. wendete diese Behandlungsart bei 164 Kranken, darunter 56 Kindern an und ist mit den Erfolgen stets zufrieden gewesen.

Gabel (Lemberg).

Schoeneich, Hautemphysem bei einem Fall von Morbilli kompliziert mit Scharlach. (Czasopismo lekarskie. 1907. Nr. 1.) Im Verlaufe von Morbilli sind bis nun 11 solche Fälle bekannt; um vieles häufiger tritt Hautemphysem bei Pertussis und Lungentuberkulose auf. Der beschriebene Fall betraf ein $2^1/_2$ jähriges Kind, bei dem während einer kombinierten Infektion mit Morbilli und Scarlatina Hautemphysem auftrat.

Die Ätiologie, Diagnose und Therapie werden im Anschlusse daran besprochen. Gabel (Lemberg).

Jósef Swigtkiewicz, Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Eugallol. (Lwowski tygodnik lekarski. 1907. Nr. 3.) Die stark desoxydierende Wirkung obengenannten Heilmittels war das wichtigste Motiv für die Anwendung desselben in der Lupusbehandlung. Es war von vornherein anzunehmen, daß kranke Partien, sei es exulzerierte oder infiltrierte Stellen, leichter der reduzierenden Eugallolwirkung anheimfallen werden, außerdem daß unter der Wirkung dieses Mittels eine bessere Differenzierung kranker von gesunden Hautpartien platzgreifen würde, so daß gewissermaßen ein elektiver Einfluß zu erzielen wäre.

Verf. hat demgemäß die ganze Hautpartie, die gesunden Zwischenstellen mit einbegriffen, mit zuerst 5 % dann steigend 20—30 % bis 60 % Lösung von Eugallol mit Aceton auf weiße Gaze getränkt bedeckt, hierauf Billroth-Batist und Verband. So ein Verband blieb 24 Stunden liegen.

18 Fälle wurden so behandelt, 8 Krankengeschichten werden publiziert, darunter 6 von Patienten im kindlichen Alter.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Eugallolwirkung ist stark reduzierend, ätzend, 5 %ige Lösungen waren wirkungslos, 20 % und 30 % von bloßer Oberflächenwirkung, 60 % brachten eine lebhafte Reaktion hervor, jedoch ohne

bedeutendere Ödeme. Alle diese Begleiterscheinungen schwanden reaktionslos auf mehrtägige Anwendung von Burowschen Umschlägen.

Mehr oder weniger heftig auftretende Reizung gesunder Hautpartien blieb ohne Folgen.

2. Die Wirkung des Eugallol ist intensiv genug, um selbst tiefe Infiltrationen zu mortifizieren.

3. Kosmetisch ist die Wirkung gut, mit Schonung gesunder Hautpartien.

4. Der Schmerz verschwindet bald und ist nicht groß.

5. Die Heilungsdauer ist nicht länger als bei anderen Heilungsmethoden.

6. Das Eugallol kann in Fällen angewendet werden, wo Krankheitserscheinungen auf Nasen- und Lippenschleimhäute übergehen.

7. Temperaturerhöhung oder Nierenreizung wurde nie konstatiert.

Gabel.

Wiktor Reis, Primäre Tuberkulose der Conjunctiva bulbi. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1907. Nr. 5 u. 6.) Anschließend an einen beobachteten Fall von primärer Tuberkulose der Conjunctiva bulbi bei einem 16jährigen Mädchen, stellt Verf. alle bisher publizierten Fälle zusammen. Es sind deren bisnun zehn gewesen, in sieben davon war ein anderswo lokalisiertes tuberkulöses Leiden nachweisbar, bloß in zwei Fällen und in dem eben beschriebenen konnte klinisch kein anderes Leiden konstatiert werden. Außer dem typischen klinischen Bilde hat Verf. die Diagnose durch positiven Ausfall der Tuberkulinimpfung, sowie durch nachgewiesene Tuberkulose geimpfter Meerschweinchen sichergestellt.

Die Frage, ob es überhaupt eine primäre Tuberkulose der Conjunctiva bulbi gibt, bejaht der Verf., wenngleich solche Fälle zu den großen Seltenheiten gehören. Als differentialdiagnostisches Merkmal solcher Fälle gegenüber denen, wo sekundär Infektion vorliegt, hebt Verf. hervor, daß in den oben erwähnten sieben Fällen die tuberkulöse Infiltration nahe dem Hornhautfalz saß, wogegen bei den drei als primär angenommenen Infektionen die Infiltration weiter nach außen gelegen war, so daß also der Sitz der Infiltration in zweifelhaften Fällen entscheidend für die Natur des Leidens wäre. Gabel.

Betti Ugo Arteri, Kalter Abszeß der Zunge bei einem Kinde. (Jl Policlinico 1906, Sezione prat. f. 40, pag. 1294.) Es handelt sich um ein 7jähriges Kind mit einem kalten Abszeß der Zunge, ohne Störungen des Allgemeinzustandes, ohne bemerkenswerte Schmerzen, ohne sonstige markante subjektive Erscheinungen. Die Diagnose dieser Abszesse ist nicht leicht, eine Verwechselung mit allen Zungentumoren und besonders mit den Zungenzysten ist leicht möglich. Eine Probepunktion ermöglicht die Diagnose. Die sicherste und einfachste Behandlungsmethode ist nach der Aspiration der Flüssigkeit eine Injektion von Lugolscher Lösung. H. Netter (Pforzheim).

Rossi Marcelli, Tuberkulöse adenoide Vegetationen mit positivem Nachweis des Kochschen Bazillus. (Arch. ital. di laringol. April 1907. pag. 82.) Die Arbeiten Behrings haben, wie Verf. sagt, die Erforschung der Eintrittspforten der Tuberkulose auf

die Tagesordnung gesetzt. Als einen Beitrag zu dieser Frage teilt Verf. die Geschichte eines 17jährigen Jünglings mit, der im übrigen gesund war, bei dem die adenoiden Vegetationen Tuberkel enthielten, in denen der Kochsche Bazillus mit Sicherheit nachgewiesen wurde. Im Anschluß an die Mitteilung der eigenen Beobachtung weist Verf. auf die Arbeiten verschiedener Autoren hin; unter 1141 aus verschiedenen Statistiken stammenden Fällen figurierten 71 Fälle von Tuberkulose der adenoiden Wucherungen, d. h. 6,3%.

H. Netter (Pforzheim).

Mario Reano, Allgemeine Anchylose. (La Pediatria. 1906. Bd. VIII.) Der Patient, um den es sich handelt, ist ein 15jähriger Knabe. Es besteht Anchylose fast aller größeren Gelenke und andererseits Muskelatrophie höchsten Grades, die von der Anchylose abhängt. Es handelt sich also um eine Inaktivitätsatrophie, die nach Ansicht des Verf.s teils auf der funktionellen Inaktivität, teils auf einer entfernten nervösen Einwirkung auf die vasomotorischen trophischen Zentren des Rückenmarkes infolge Reizung der Nervenendigungen der Gelenksynovialis beruht. Die Gelenkanchylose ihrerseits hängt von einer Affektion des spongiösen Knochens (Rarefikation mit vielleicht Erweichung) ab, über deren Natur wir noch nicht im klaren sind. F.

Gallico, Wage und Thermometer in der pädiatrischen Praxis. (La Pediatria. 1906. Bd. VIII.) Verf. führt eine Anzahl eigener Beobachtungen an, durch die bewiesen werden soll, daß

a) das Sinken der Temperatur unmittelbar nach der Geburt um so erheblicher ist, je weniger entwickelt und je prämaturer das Neugeborene ist,

b) daß die Zeit, die verfließt, bis die Temperatur zur Norm zurückkehrt, um so größer ist, je größer die Schwäche und Unreife des Kindes ist,

c) daß konstante subnormale Temperatur bei Unreifen sehr häufig ist, bei ausgetragenen Kindern dagegen eine Ausnahme bildet. F.

Cornelia de Lange, Wie lange dauert die Inkubation bei Varizellen? (Ned. Tydschr. u. Geneesk. 1906. Bd. I. S. 1330.) Über die Dauer dieses Stadium incubationis ist die Meinung bei den verschiedenen Autoritäten sehr verschieden: z. B. findet man ein Minimum von 8 Tagen bei Monti, das Maximum von 21 Tagen bei Rotch. L. hatte nun die Gelegenheit, durch genaue Beobachtung in einer Anstalt, zu konstatieren, daß die Dauer der Inkubation zwischen 14 Tagen und 14 Wochen schwankt. Graanboom.

Aalbersberg, Serumtherapie und Intubage bei Diphtherie. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 697.) A. versuchte den Wert der Serumtherapie bei 150 Fällen von ausschließlich schwerer Diphtherie zu bestimmen. In allen diesen Fällen wurde unmittelbar nach der Aufnahme ins Krankenhaus die Seruminjektion vorgenommen.

Je nachdem die Zeit, zwischen dem Anfang der Krankheit und der Aufnahme ins Krankenhaus,bzw. der Seruminjektion kürzer, oder länger war, war auch die Mortalität geringer oder größer. So war

z. B., wenn die Injektion stattgefunden hatte (bzw. das Kind ins Krankenhaus aufgenommen war) am 1., 2., 3., 4. oder 5. Krankheitstage, die Mortalität bzw. 28, 46, 71, 68 oder 76,5 %.

Es ergibt sich also, daß von den am ersten Krankheitstag Eingespritzten $^1/_4$, von den am zweiten Krankheitstage Eingespritzen $^1/_2$ und von den nach dieser Zeit Eingespritzten 70 % sterben.

Denselben Einfluß hat eine frühzeitige Injektion auf die Prognose des Verlaufes. Je früher eingespritzt, desto weniger ernste Komplikationen (s. w. Rhinitis, Nephritis).

Bemerkenswert ist noch die auch schon durch andere gemachte Wahrnehmung, daß bei den Kindern, die nach dem sechsten Krankheitstage aufgenommen bzw. eingespritzt wurden, wohl ernste Stenoseerscheinungen beobachtet wurden, daß aber bei diesen die Mortalität nur sehr gering, und zwar 8 % war.

Aus seinen Beobachtungen resümiert A.:

1. Bei den schweren Diphtheriefällen ist die Mortalität desto größer, je später eingespritzt wurde.

2. Dieselbe Erfahrung wurde auch für alle gesamten Diphtheriefälle gemacht, die schweren und die leichten zusammengerechnet.

3. Je früher eingespritzt wurde, desto weniger traten ernste Komplikationen auf.

4. Nach der Einspritzung konnte niemals ein Übergang der Pharynxdiphtherie auf den Larynx konstatiert werden.

A. ist auch sehr eingenommen von den Erfolgen, die er an seinem Krankenmaterial mit dem Tubage erreichte. Graanboom.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gemeinsame Tagung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte in Wiesbaden

am 14. April 1907.

Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): **Pathologie und Therapie des Pylorospasmus congenitus.** Der Pylorospasmus ist ungleich häufiger, als man im allgemeinen annimmt. Die alimentäre Ätiologie muß man unbedingt ablehnen. Der Fettgehalt der Muttermilch ist für seine Entstehung belanglos, wie chemische Untersuchungen und das Anlegen bei anderen Frauen wiederholt gezeigt haben. Daher sind alle Versuche, durch künstliche Nahrung therapeutisch einzuwirken, zu verwerfen, da die Frauenmilch als die am besten resorbierbare Nahrung auch hier absolut die beste ist. Einzig allein die Quantität ist zu beeinflussen.

In der Diskussion, an der sich die Herren Cuno, v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.), Bremer (Erfurt), Klein (Freiburg) beteiligten, wurde von mehreren Seiten hervorgehoben, daß auch die natürliche Ernährung im Stiche lassen könne. Rosenhaupt (Schlußwort) betont noch, daß im vierten Monat die Symptome oft von selbst schwinden.

Weygandt (Würzburg): **Psychisch abnorme Kinder in der ambulanten Praxis.** Die Angaben der Lehrbücher hinsichtlich der Prognose über psychisch abnorme Kinder sind zu ungünstig, wohl weil die Erfahrungen der Autoren meist an nur stationärem Material gesammelt sind. Heubner berichtete über günstigere Erfahrungen an den 230 Abnormen unter dem großen Material der Kinder-Poliklinik der Charité. In der Würzburger Poliklinik für psychisch nervöse Krankheiten konnte ich während der $3^1/_2$ Jahre ihres Bestehens 261 kindliche Fälle beobachten.

Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen wie 3 : 2. Sechs Fälle betrafen thyreogene Störungen, einer davon infolge einer Strumektomie, einer als sporadisches Myxödem, die anderen als endemischer Kretinismus, auffallend wenig, wenn man bedenkt, daß Franken unter Virchow als Kretinenland galt; jetzt sind die Kretinen hier in der Tat nahe am Aussterben. Sechs Fälle vertraten den mongoloiden Schwachsinn in seinen mannigfachen Abstufungen, einer mit Zwergwuchs von 131 cm bei 25 Jahren. Mehrere Fälle betrafen Hirnerkrankungen, so zwei jugendliche Paralysen, zwei multiple Sklerosen, dann fünf Hirntumoren, zwei Littlesche Lähmungen, siebenmal cerebrale Kinderlähmung, viermal Hydrocephalus. 18 Fälle ließen sich als nicht bildungsfähige Idioten bezeichnen, ohne daß eine speziellere Rubrizierung möglich; bei 11 waren neurologische Störungen nachweisbar. Nur 7 waren erethisch, die anderen torpid. 25 Fälle waren imbezill, und zwar in mannigfachen Abstufungen. Die Epilepsie im Kindesalter war 81 mal vertreten, bei 43 Knaben und 38 Mädchen. Psychische Störungen außerhalb der Anfälle waren nur in 42 Fällen zu finden. Hysterie fand sich 28 mal, vielfach monosymptomatisch; zweimal war Pseudologia phantastica ausgesprochen. 33 Fälle ließen sich als Neurasthenie auffassen, doch war in wenig ausgesprochenen Fällen die Diagnose gelegentlich unsicher. Von den 33 Choreafällen waren 17 deutlich psychisch alteriert. Als manisch-depressiv ließen sich zwei Fälle bezeichnen. Dementia praecox bis zum Pubertätsalter zeigten 11 Fälle, einer davon war schon vorher imbezill. Über die Prognose läßt sich allgemeinen nur schwer etwas aussagen. Bei Kretinen ist sie unter Behandlung nicht mehr ungünstig, bei Epileptikern wenigstens günstiger, als gewöhnlich angenommen wird, bei Chorea gut, bei Hysterie im ganzen günstig, bei Neurasthenie häufig weniger günstig. Heubners Auffassung, daß die Hälfte der Fälle eine relative Heilung zulasse, erscheint immerhin etwas optimistisch. Nicht leicht ist die Frage nach der zweckmäßigsten Behandlung und Fürsorge. Ambulante Behandlung reicht oft nicht aus. Die Idiotenanstalten sind auch nicht hinreichend, vor allem sind ihre Verhältnisse vielfach noch unbefriedigend. Von den 108 Anstalten dieser Art steht die Hälfte unter geistlichem Einfluß. Nur wenige erfüllen die unerläßliche Forderung: Verarztlichung und Verstaatlichung. Für leicht Imbezille, die später einmal lebensselbständig werden können, ist die Hilfsschule in glänzendem Aufschwunge begriffen; am besten wäre ihre Verbindung mit Tagesinternat. Daneben sind Spezialklassen in Großstädten angebracht, so die Sickingerschen Förderklassen. Für ganz leicht Zurückgebliebene dienen Stotterklassen, Krüppelklassen, Klassen für Schwerhörige und Schwachsichtige. Für bedenklich halte ich es, für epileptische Kinder besondere Schulen zu errichten. Hier ist die Individualisierung nötiger. Blöde Epileptiker gehören in die Idiotenanstalt, sittlich verwahrloste in die Fürsorgeerziehung, schwere Krampffälle in Bettbehandlung, leicht gestörte in Hilfsschulen. Kinder mit seltenen Anfällen können die Normalschule besuchen unter Fühlung mit dem Arzt und Orientierung des Lehrers. Choreatische Kinder können ganz wohl zu Hause behandelt werden, selbstverständlich unter Bettbehandlung. Bei Hysterischen ist durch Milieuwechsel die flotteste Besserung zu erzielen. Für neurasthenische Kinder wäre das Ideal die Erziehung im Landerziehungsheim nach dem System Lietz, ferner die Verschickung in Ferienkolonien und ähnliche Institutionen. Irrenanstalten, besonders Stadtasyle, sollten nach Frankfurter Vorbild eine Abteilung für psychisch kranke Kinder einrichten. Schwierig ist es, einzelne Fälle in ärztliche Pension zu bringen. Trefflich bewährt hat sich jedoch für abnorme, besonders schwachsinnige Kinder, die Familienpflege, wie sie besonders erfolgreich zu Gardelegen im Anschlusse an die Irrenanstalt Uchtspringe organisiert ist. Der einzelne Arzt, besonders der Hausarzt, hat in vielen Fällen vor allem zu wirken, indem er die Unterbringung in die Wege leitet. Daneben kann er vorgehen durch Kurverordnung, auch medikamentös, durch Diät, durch Alkoholverbot, allenfalls durch Hypnose. Besonders wichtig aber ist seine Belehrung für die Eltern und Lehrer; ungemein häufig werden Kinder bei beginnenden Störungen, besonders Chorea, erst durch die Lehrer gestraft wegen vermeintlichen Ungehorsams. Entschieden existiert noch ein großer Mangel an Behandlungsgelegenheit auf diesem Gebiete. Durch Zusammenwirken von Pädiater und Psychiater muß eine Besserung erstrebt werden.

Aschaffenburg (Köln): a) **Über Epilepsie und epileptoide Zustände im Kindesalter.** Vortr. erörtert in kurzen Zügen den Begriff der Spasmophilie und weist darauf hin, was Birk an dem Thiemich-Mannschen Material der Breslauer

Kinderklinik gefunden hat, nämlich, daß die weitere Entwicklung der spasmophilen Kinder zum Teil sehr ungünstig verläuft. Birk fand, daß keines der Kinder epileptisch wurde. Das gibt dem Vortr. den Anlaß, den Begriff der Epilepsie in dem erweiterten Sinne, wie ihn die Irrenärzte jetzt vertreten, darzulegen. Er weist insbesondere auf die Bedeutung der unbegründeten Stimmungsschwankungen hin. Diese bei Epileptischen überaus häufige Erscheinung tritt bald in Form von erhöhter Reizbarkeit, bald als Verstimmung auf und zeigt durch die begleitenden körperlichen Erscheinungen, wie tief das ganze Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Solche epileptischen Äquivalente, die wir recht oft auch bei Kindern schon sehen, bevor Krampfanfälle auftreten, müssen mit berücksichtigt werden, wenn die Frage beantwortet werden soll, ob wirklich die Spasmophilie nichts mit der Epilepsie zu tun hat. Vortr. ist der Ansicht, daß die Entscheidung nur möglich ist, wenn die Nerven- und Kinderärzte gemeinsam zusammenarbeiten, wozu er durch seinen Vortrag anregen wollte.

Diskussion: Selter (Solingen), Sonnenberger (Worms), Schloßmann (Düsseldorf), Neter (Mannheim), Cahen-Brach, Rosenhaupt (Frankfurt a. M.), Lugenbühl (Wiesbaden), Klein (Freiburg). Vielfach wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Erziehung neuropathischer Kinder nicht vollständig den Lehrern und Geistlichen zu überlassen, sondern den Psychiatern und praktischen Ärzten eine Mitwirkung zu sichern. Freilich bedürften die letzteren dabei einer pädagogischen Schulung. Bezüglich der Unterbringung psychasthenischer Kinder tut man oft gut daran, solche in Familien, etwa bei Hilfsschullehrern erziehen zu lassen, da die Anstalten in gewissen Fällen ungeeignet erscheinen. Einem dringenden Bedürfnis entsprechen die Beobachtungsstationen für Kinder, wie sie von Sioli (Frankfurt a. M.) ins Leben gerufen wurden, zumal wenn es sich um Einleitung des Fürsorgeerziehungverfahrens handelt. Ein großer Mangel des letzteren besteht darin, daß die ihm unterworfenen Kinder nicht wie gefährdete, sondern wie verbrecherisch veranlagte Individuen behandelt werden.

b) **Der körperliche Zustand von Proletarierschulkindern.** Der Vortr. hat 242 schulpflichtige Insassen des Düsseldorfer städtischen Pflegehauses hinsichtlich ihres körperlichen Zustandes genau untersucht. Das vorliegende Material weicht von dem Typus des normalen Schulkindes wesentlich ab, insofern, als es den tiefsten Schichten des großstädtischen Proletariats entstammt. Es handelt sich teils um Waisen, teils um solche Kinder, welche von ihren Eltern verlassen wurden, teils um die Abkömmlinge solcher Eltern, welchen das Erziehungsrecht entzogen wurde. In etwa 180 Fällen ließ sich feststellen, daß Vater oder Mutter oder auch beide dem Trunk ergeben waren, vagabondierten, gewerbsmäßige Unzucht trieben oder sich in einer Straf- oder Irrenanstalt befanden. Immerhin waren die Kinder trotz dieser schweren hereditären Einflüsse imstande, eine normale Volksschule zu besuchen. Charakteristisch an dem körperlichen Zustande war, daß die mannigfachsten Merkmale körperlicher Minderwertigkeit und der Vernachlässigung sichtbar waren. Fast alle hatten rachitische Knochenveränderungen, multiple Drüsenschwellungen; ein großer Prozentsatz hatte mehr oder minder ausgesprochene Anzeichen von Tuberkulose. Besonders kennzeichnend für den vorliegenden Kindertypus war aber, daß der konstitutionelle Gesamteindruck bei Knaben und Mädchen durchaus verschieden war, und zwar zuungunsten der ersteren. Die Knaben waren fast durchweg in einem elenden Ernährungszustand mit mißfarbener, schlaffer, trockener Haut, während der überwiegende Teil der Mädchen befriedigend ernährt war und eine frische, elastische Hautbedeckung aufwies. Auch bei längerer Anstaltspflege war das Befinden der Knaben nur schwer im günstigen Sinne zu beeinflussen. Die Ursachen dieses verschiedenartigen Verhaltens bei Knaben und Mädchen sind nicht ohne weiteres klar.

Diskussion: Selter (Solingen) erwähnt, daß die in einer eigenen Abteilung untergebrachten Fürsorgezöglinge in Solingen ebenfalls lange im Gewicht zurückblieben.

G. Herxheimer (Wiesbaden): **Über die pathologische Anatomie der kongenitalen Lues.** Die Spirochaete pallida, über die bereits im ersten Jahre nach ihrer Entwicklung über 200 Abhandlungen vorlagen, hat ihren Platz als wahrscheinlicher Lueserreger behauptet. Sie wird gerade bei der kongenitalen Lues in großer Zahl gefunden, was mit der alten Annahme eines besonders konzentrierten syphilitischen Virus bei ihr übereinstimmt. Es handelt sich bei der kongenitalen Lues

sofort um eine Allgemeininfektion, welche etwa dem tertiären Stadium der erworbenen Syphilis entspricht. Der besonders widerstandslose Zustand des kindlichen Körpers, das Zurückbleiben der Organe in ihrer Entwicklung auf Grund der Syphilis erklären die Unterschiede. Während anatomisch das häufigste Substrat des tertiären Stadiums akquirierter Lues der Gummiknoten ist, ist es bei der kongenitalen Lues die diffuse syphilitische Entzündung mit Beziehungen zu den Gefäßen; die mediären Gummata sind nur besonders konzentrierte Stellen einer solchen diffusen Entzündung, echte große Gummata sind selten. Hochsinger erklärt dies so, daß die Erkrankung gerade da aufträte, wo die Saftströmung eine besonders starke ist, und dies sei dann der Fall, wenn die Gefäßentwicklung zur Zeit der Entwicklung der wichtigsten Bestandteile eines Organs (besonders seiner Drüsen) vor allem vor sich gehe. Diese Hypothese erklärt zugleich die verschiedene Reihenfolge der ersten luetischen Erkrankung der einzelnen Organe, da auch ihre Bildungszeit eine verschiedene ist. Betreffs der Häufigkeit der kongenitalen Lues der einzelnen Organe werden die Statistiken von H. Hecker, Birch-Hirschfeld, R. Hecker und Karstens zusammengestellt. Am häufigsten befallen und am charakteristischsten sind die Veränderungen der Haut, Knochen, Leber, Lunge; auch Pankreas und Thymus sind häufig befallen. Der fast konstante Milztumor ist nicht charakteristisch. Die Osteochondritis syphilitica, die diffuse syphilitische Zirrhose der Leber und die beiden Formen der kongenitalen Lungensyphilis werden etwas eingehender besprochen. Es werden sodann eine Reihe Beispiele zusammengestellt, in welchen die Lues entwicklungshemmend auf einzelne Organe wirkt. Langerhanssche Zellinseln des Pankreas, der Lunge, Niere, Blutbereitung verschiedener Organe. Zum Schlusse wird darauf hingewiesen, daß der Ausdruck „hereditäre" Lues oft da, wo er nicht zu Recht bestehe, gebraucht wird, während der Name „kongenitale" Lues als der weitere Begriff richtig und daher vorzuziehen ist. Die Unterscheidung der verschiedenen Pathogenese „kongenitaler" Lues war schon Ferrerius 1553 genau bekannt, später gingen alle Kenntnisse der Erkrankung verloren, um erst in unserem Jahrhundert neu erobert und vermehrt zu werden.

Frl. Maas (Solingen-Haan): **Ein Fall von Rumination beim Säugling.** Mitteilung über ein achtmonatiges atrophisches Kind mit angeblich unstillbarem Erbrechen. Die Magenflüssigkeit steigt hoch, und das Kind macht mit rückwärts gebeugtem Kopf Kaubewegungen. Dabei fehlt die Bauchpressentätigkeit vollständig. Ausgelöst wird das Ruminieren durch jeglichen nervösen Reiz: lautes Sprechen, heftiges Türenschlagen oder fremden Besuch. Chemische Untersuchung der ruminierten Flüssigkeit ergibt das Vorhandensein von Milchsäure und das Fehlen von freier HCl. Divertikel nicht nachweisbar.

Diskussion: Lugenbühl (Wiesbaden) meint, daß viele Säuglinge, wenn sie auf dem Rücken liegen, die regurgitierende Nahrung wieder hinunterschlucken.

Lugenbühl (Wiesbaden) demonstriert: a) **einen Fall von Myatonia congenita** (Oppenheim). Das jetzt fünf Monate alte Mädchen wurde als erstes Kind gesunder jüdischer Eltern am normalen Ende der Schwangerschaft in leichter spontaner Geburt geboren. Die Muttersmutter leidet an Tabes mit Skleroseerscheinungen; sonst Familienanamnese ohne Belang. Die Schwangerschaft war normal, abgesehen von einer schweren eitrigen Otitis im fünften Monat; Kindsbewegungen wurden in 5 Monaten und vor Schluß gespürt. Schon bei der Geburt fiel Bewegungslosigkeit und schlaffes Herabhängen der Extremitäten auf. Die vier Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab schlaffe Lähmung aller vier Extremitäten, die bewegungslos daliegen; nur die Finger machen ganz leichte Bewegungen, ebenso sind Thorax- und Halsmuskulatur schlecht entwickelt und aktiv nicht in Funktion; tiefe und Hautreflexe nicht auszulösen, Sensibilität normal; elektrisch weder faradisch noch galvanisch Reaktion an den befallenen Muskeln. Alle Gehirnnervenfunktionen dagegen normal; Facialis gleichmäßig innerviert und elektrisch erregbar. Saugen und Schlucken von Anfang an normal. Schreien leise. — Innere Organe ohne Befund; kleine Thymusdämpfung. Atmung gemäß der schlecht entwickelten Thoraxmuskulatur fast nur abdominal. Unter elektrischer und Massagebehandlung hat sich bis jetzt leichte Besserung eingestellt, indem zuerst die Zehen, dann auch Hände und Füße bewegt, zuletzt Unterarme gebeugt und supiniert werden. Im Anschlusse an diesen Befund, der den Fall als Myatonia congenita im Sinne Oppenheims charakterisiert, werden

die zur Erklärung dieser Erkrankung von Oppenheim, Bernhard, Spiller und Bing aufgestellten Hypothesen kritisch besprochen.

b) **Demonstration eines Präparats von angeborener Hydronephrose eines 17 Tage alten Knaben.** Die Ureteren waren mehr der Länge nach erweitert (30 statt 10 cm) und knäuelförmig aufgewickelt, so daß sie intra vitam als besondere, von den ebenfalls vergrößerten und palpablen Nieren getrennte Geschwülste nachzuweisen waren. Ein Hindernis in den abführenden Harnwegen, welches die Hypertrophie der Blase und konsekutive Stauung in Ureter und Niere erklärte, wurde nicht aufgefunden, so daß der Fall anatomisch nicht geklärt ist.

Sonnenberger (Worms): **Stellungnahme der Vereinigungen gegenüber den Angriffen auf die Pädiatrie als Spezialität, insbesondere den diesbezüglichen Beschlüssen von Offenbacher und Pfälzer ärztlichen Vereinen.** S. erörtert kurz die bekannten Vorgänge an Hand einer Reihe von Artikeln pro und contra, die im „Ärztlichen Vereinsblatt“ und den „Ärztlichen Mitteilungen“ in letzter Zeit veröffentlicht wurden, wendet sich dann besonders gegen die betreffenden Beschlüsse der genannten Vereine. Er hält es für opportun, daß die Kinderärzte dagegen in irgend einer Weise Stellung nehmen. Nach eingehender Debatte, an der sich Schlossmann, Neter, Selter und Sonnenberger beteiligen, wird beschlossen, an die gelegentlich der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden tagende Gesellschaft für Kinderheilkunde das Ersuchen zu richten, den Gegenstand auf das Programm zu setzen, um als berufenster Faktor zu der Angelegenheit Stellung zu nehmen.

Hoffa (Barmen) **demonstriert die Pläne des neuen Säuglingsheims zu Barmen.** Im Haus sind untergebracht Säuglingsheim nebst Quarantänestation mit im ganzen 30 Betten, außerdem Stillkrippe (15 Säuglinge) und Krippe für etwa 30 Kinder von 1—3 Jahren. Sämtliche Abteilungen räumlich und in Pflege isoliert. Alle zum aseptischen Betrieb im Schlossmannschen Sinne erforderlichen Einrichtungen vorgesehen. Die Anstalt nimmt eine Anzahl Mütter als Ammen auf, bildet Säuglingspflegerinnen aus, die Überwachung der Haltekinder wird der Anstalt angegliedert (Beaufsichtigung durch Arzt und Berufspflegerin). Gesamtkosten des Baues und der ersten Einrichtung etwa 120000 Mk.

Hirsch (Wiesbaden): **Die Städtische Säuglingsmilchanstalt und die damit verbundene Mutterberatungsstelle.** Die Anstalten, die unter seiner Leitung stehen, sind am 1. April d. J. eröffnet worden und nach Kölner Muster eingerichtet. Es werden vorerst 4 Mischungen abgegeben: $^1/_3$, $^1/_2$, $^2/_3$-Milch und Vollmilch in trinkfertigen Portionsfläschchen. Der Preis für die Tagesration stellt sich für die Stadt auf 27 Pf., für die Abnehmer (Unbemittelte mit einem Einkommen unter 2000 Mk.) auf 22 Pf. In der Mutterberatungsstelle sind wöchentlich zweimal Sprechstunden eingerichtet, in denen der Prophylaxe und Hygiene das Hauptaugenmerk zugewendet ist. Die Einführung von Stillunterstützungen und Stillprämien ist ins Auge gefaßt. Demonstration der Anstalt.

Cahen-Brach (Frankfurt a. M.).

Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 12. Februar 1907.

R. Schreiber demonstriert zwei Fälle von **kongenitaler Atresie des oberen Ösophagusendes und gleichzeitiger Kommunikation des unteren Endes mit der Trachea.** Das eine Präparat stammt aus der Sammlung des pathologischen Institutes des Eppendorfer Krankenhauses, das andere fand Vortr. bei Sektion einer 46 cm langen männlichen Frühgeburt. Kurz nach der Geburt war das Kind wegen starker Zyanose und Dyspnoe ins Krankenhaus gebracht, und dort am nächsten Morgen unter diesen Erscheinungen ad exitum gekommen.

Die Sektion ergab außer der Anomalie der Speiseröhre starke Zyanose des Gesichtes und der Extremitäten, Harnsäureinfarkte der Nieren, kleinste gelbliche Ulzerationen der Magenschleimhaut, starken Luftgehalt von Magen- und Darmschlingen, bronchopneumonische Herde beider Lungen, sowie multiple bis linsengroße, subpleurale Blutungen. Foramen ovale und Ductus Botalli waren offen.

Im Magen etwas zäher, glasiger Schleim; Trachea, Blindsack und unteres Ösophagusende völlig leer.

Ferner werden noch Zeichnungen von 2 gleichen Fällen demonstriert, die Happich beobachtet hat.

An sich sind kongenitale Ösophagusmißbildungen seltene Erscheinungen. Beschrieben sind als äußerst selten: völliges Fehlen, wie doppelte Anlage der Speiseröhre und Ösophagotracheafisteln ohne sonstige Mißbildung.

Relativ sind Stenosen des unteren oder oberen Ösophagus, sowie Vormägen, d. h. zirkumskripte Dilatationen im unteren Ösophagus. Letzteres scheint häufiger zu sein als bisher angenommen, wenigstens fanden J. Schreiber und Telemann unter 24 infantilen und fötalen Speiseröhren 3 Fälle von wirklichen Vormägen.

Nicht zu selten findet man Atresie des oberen Ösophagus und gleichzeitige Kommunikation des unteren Endes mit der Trachea.

Happich hat 1905 im ganzen 59 derartiger Fälle aus der Literatur zusammengestellt und unterscheidet zwei Typen. Bei Typ I (38 Fälle) mündet der untere Ösophagus oberhalb der Bifurkation in die Trachea, bei Typ II (21 Fällen) an der Bifurkation. Danach rechnet Vortr. der älteren Fall (I) zu Typ I, den neueren (II) zu Typ II.

	Fall I:	Fall II:
Unteres Blindsackende:		
oberhalb der Kardia	64 mm	62 mm
an Trachealring	10—11	7—8
Kommunikationsöffnung:		
oberhalb der Kardia	60 mm	42 mm
„ „ Bifurkation	? (jedenfalls über 2 cm)	2 mm
Zwischenstück:	3—4 mm	18 mm

Meist handelt es sich um äußerlich wohlgebildete Kinder, die lebend zur Welt kamen und bis zu 13 Tage gelebt haben.

Klinisch wurde gewöhnlich Dyspnoe, Zyanose, baldiges Erbrechen oder vielmehr Herausfließen der geschluckten Nahrung beobachtet. Die Kinder gingen dann unter zunehmender Atrophie und meist bestehender Bronchopneumonie zugrunde. Durch das Verschlucken der Luft kommt es zu immer stärkerer Aufblähung von Magen und Darm und dadurch bedingtem Luftmangel der Lungen und Kompression derselben durch das hochstehende Zwerchfell. Durch Eindringen der aus dem Blindsack zurückfließenden Nahrung in die Trachea ist die meist vorhandene Schluckpneumonie bedingt.

Therapeutisch ist einige Male nach Sicherung der Diagnose durch Sondenuntersuchung eine Gastrotomie gemacht, aber ohne längerdauernden Erfolg.

Der anatomische Befund ist bis auf Größenunterschiede immer ziemlich derselbe. Etwa an der Grenze vom oberen und mittleren Drittel endet der Ösophagus als Blindsack. Sein meist trichterförmiges, selten abgerundetes Lumen erscheint erheblich erweitert, seine Wand auf 3—4 mm verdickt. Diese Dilatation und Hypertrophie der Wand sind wohl auf intrauterine Arbeitsleistung durch Verschlucken und Wiederauswürgen des Fruchtwassers zurückzuführen. In der Blindsackwand sind quergestreifte und Längsmuskulatur gefunden. Blindsack und unterer, in die Trachea mündender Abschnitt sind durch ein mehr weniger langes, plattes, dünnes Band verbunden, das muskulöser oder bindegewebiger Natur ist und an der Hinterwand der Trachea fest anhaftet. Durch ein Herabhängen des Blindsackes bei hochgelegener Kommunikationsöffnung wird das Zwischenstück leicht übersehen.

Die Einmündung des unteren Ösophagusendes in die Trachea liegt entweder einige Zentimeter oberhalb der Bifurkation, und zwar scheint $1^1/_2$ cm der typische Sitz zu sein, oder an der Bifurkation. Durch Verschiedenheiten der Messungen weichen diese Angaben zum Teil wesentlich voneinander ab.

In vielen Fällen, besonders bei Typ II, haben sich gleichzeitige Gefäßmißbildungen gefunden. Bezüglich der Entstehung ist wohl sicher, daß man bei der konstanten Kombination von Atresie und Kommunikation mit der Trachea berechtigt ist nur von einer Anomalie zu reden, wobei die beiden Einzelmißbildungen auf derselben, gleichzeitig einwirkenden, Ursache beruhen.

Die Atresie und die Obliteration des Zwischenstückes erklärt auch Vortr. aus der häufigen Beteiligung von Gefäßmißbildungen und der dadurch bedingten mangelhaften Blutspeisung oder durch Druckwirkung benachbarter Gefäße. Besonders in den Fällen, wo die Art. subklavia dextra hinter dem obliterierten Ösophagus verlief. Die Frage der gleichzeitigen Kommunikationsentstehung bleibt ungeklärt.

Vortr. empfiehlt eine genaue mikroskopische Untersuchung solcher Anomalien, besonders des Zwischenstückes.

Medizinische Gesellschaft zu Chemnitz.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 13. Februar 1907.

Vor Beginn der Sitzung stellt Waldstein ein 8 Tage altes Kind mit angeborenem **Herzfehler** vor. Es besteht allgemeine Zyanose, besonders stark ist die Zyanose an der Glans penis ausgeprägt.

Reichel: **Demonstrationen.**

Fall von großer Mesenterialchyluszyste (Lymphangioma cysticum). Der 6 Jahre alte Patient hatte früher Keuchhusten, Lungenentzündung, vor 2 Jahren Scharlach durchgemacht, war seitdem stets kränklich gewesen. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkten die Eltern eine stetige Zunahme des Leibesumfanges. Patient hatte dauernd einen schmerzhaften Druck am Leib, oft kolikartige Schmerzen, zeitweises Erbrechen. Der Stuhl war zwar nicht diarrhoisch, aber doch zu häufig, 3—4 mal des Tages, enthielt oft Schleim, aber nie Blut beigemengt. Verschiedene Ärzte hatten Bauchwassersucht diagnostiziert; alle Maßnahmen waren erfolglos geblieben.

Der blasse, kränklich aussehende, magere Knabe zeigte einen stark, besonders im Meso- und Hypogastrium vorgewölbten Leib; der Leibesumfang maß in Nabelhöhe 70 cm. Eine Geschwulst ließ sich nicht durchtasten. Großwellige Fluktuation pflanzte sich schon bei leisem Anschlag von einer zur anderen Seite fort. Der Perkussionsschall war in den unteren Abschnitten des Leibes gedämpft; bei Rückenlage reichte die Dämpfung in beiden Seiten bis zum Rippenbogen, in der Mittellinie bis 2 Querfinger oberhalb des Nabels. Im Epigastrium bestand tympanitischer Schall. Bei Lagewechsel änderte sich die Dämpfungsfigur entsprechend. Das Zwerchfell war in die Höhe gedrängt; der Lungenschall reichte rechts vorn bis zur 5. Rippe, hinten beiderseits bis zum 9. Zwischenrippenraum. Über beiden Lungen hörte man vereinzelte trockene Rasselgeräusche, sonst überall vesikuläres Atmen. Fieber bestand nicht. Der Urin war klar, frei von Eiweiß und fremden Bestandteilen.

Eine sichere Diagnose konnte nicht gestellt werden. Am meisten wahrscheinlich schien die Annahme eines chronischen tuberkulösen Aszites. Da das Befinden des Patienten sich bisher stets verschlechtert hatte, jede andere Therapie aussichtslos erschien, machte Vortr. am 19. Juli 1906 die Laparotomie in der Medianlinie.

Aus der eröffneten Bauchhöhle drängt sich sogleich eine mit Serosa bedeckte zystische Masse hervor, die auf den ersten Blick einem enorm geblähten Dickdarm glich, sich aber bei näherem Zusehen als eine schlaffwandige Zyste erwies. Zwischen ihr und der Bauchwand trat tropfenweise milchige Flüssigkeit hervor. Die Zyste wurde vorgewälzt und eröffnet; sie enthielt eine enorme Menge graugrüner, trüber Flüssigkeit; ihre Gesamtgröße überstieg die eines Mannskopfes erheblich. Ihrer Oberfläche lag eine Dünndarmschlinge auf; die Zyste war in dem Mesenterium dieser Schlinge entwickelt und hatte den peritonealen Überzug des Darmes in ungefähr $^1/_3$ seiner Zirkumferenz von der Muskularis abgehoben. Ein Versuch, die Zyste aus dem Mesenterium auszuschälen, scheiterte an der Zerreißlichkeit ihrer außerordentlich dünnen Wandung. Auch zeigte sich bald, daß es sich nicht um eine einkammerige Zyste handelte, sondern der Hauptzyste eine große Anzahl kleinerer erbsen- bis bohnen- bis nußgroßer Zysten unmittelbar anlagen; ihr Inhalt hatte ein milchiges Aussehen, weißliche Färbung, nicht die graugrüne der Hauptzyste, hatte deutlich die Beschaffenheit des Chylus. Da die Ausschälung unmöglich war, wurde die Zystenmasse samt ihrem, dem einen Blatte

des entfalteten Mesenterium entsprechenden Peritonealüberzuge exstirpiert. Es war dies nur dadurch möglich, daß die Zystenwand sich wesentlich nur nach der einen Seite des Mesenterium entwickelt, das gegenüberstehende zweite Mesenterialblatt aber nicht mit ausgedehnt hatte, so daß die den Darm selbst ernährenden Gefäße und Nerven bei Exzision der Geschwulst geschont werden konnten. Zum Schlusse wurde der Rest des Mesenterialblattes, nach welchem zu sich die Zyste ausgeweitet hatte, mit dem Peritoneum des Darmes durch Naht vereinigt, so daß dieser wieder eine vollständige Serosabekleidung erhielt. Beim weiteren Zufühlen fand man im Mesenterium der anderen Darmschlingen noch eine große Anzahl kleinster und größerer, bis walnuß-, ja hühnereigroßer zystischer Gebilde, von deren radikaler Entfernung gar keine Rede sein konnte. Daher Schluß der Bauchwunde mit Etagennaht.

Die von Prof. Dr. Nauwerck vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein multilokuläres Lymphangioma cysticum handelte mit eingelagertem lymphadenoiden Gewebe, so daß vielleicht auch die Lymphdrüsen an der Lymphangiombildung sich beteiligt hatten.

Der Verlauf war in den ersten Tagen bedrohlich. Nicht Peritonitis, sondern Zeichen von Ileus trübten anfangs die Prognose; Patient hatte trockene Zunge, war sehr unruhig, erbrach mehrere Tage lang alles, hatte kolikartige Leibschmerzen; weder Stuhl noch Flatus gingen ab, doch trieb der Leib nicht auf, blieb weich. Durch Magenausspülungen, Mastdarmeinläufe, täglich wiederholte Kochsalzinfusionen gelang es, den Patienten über diese schlimme Periode hinwegzubringen. Am 4. Tage wurde er ruhiger, das Erbrechen hörte auf, es trat spontan Stuhlgang ein. Der weitere Verlauf war ungestört. 4 Wochen nach der Operation wurde Patient geheilt entlassen.

Bei einer Nachuntersuchung am 13. Februar 1907 war der Knabe gesund, hatte guten Appetit, war frei von Beschwerden. Auch bei sorgfältiger Abtastung des Abdomen ließen sich Geschwulstknoten in ihm nicht mehr nachweisen.

Meltzer hält seinen Vortrag: **Über Schwachsinnigenfürsorge.** M. berichtet im Anschluß an die Führung der Medizinischen Gesellschaft durch die Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige im November 1906 und an seinen Vortrag am 15. Dezember „Über Blindenerziehung und -fürsorge", weiter über die zweite Hauptaufgabe der Anstalt „Die Schwachsinnigenerziehung".

Nach einigen Vorbemerkungen über die geschichtliche Entwicklung der Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen charakterisierte er kurz, namentlich nach der psychologischen Seite hin das Material, was hauptsächlich zur Aufnahme kommt. Es wird möglichst frei gehalten von tiefstehenden blödsinnigen Kindern, die vorläufig in eine Kinderabteilung der Anstalt Hubertusburg und später in die als Pflegeanstalt einzurichtende Anstalt Großhennersdorf aufgenommen werden; auch kommen relativ wenig nur schwachbeanlagte, geistig zurückgebliebene Kinder dahin, weil diese in den zahlreichen Hilfsschulen Sachsens einen zweckentsprechenden Unterricht finden. Es hält sich also mehr in der Mitte zwischen beiden Extremen und läßt sich einigermaßen nach seinem geistigen Niveau vergleichen mit normalen Kindern im Alter von 1—5 Jahren. Bei der Erziehung dieser Art Kinder tut man gut, wenn man auf die psychologischen Beobachtungen des normalen Kindes rekurriert. Lustbringende Reize muß man setzen, um psychische Reaktionen zu erzielen; das sind vor allem Bewegungen, Töne, Geräusche. Sie erregen die Aufmerksamkeit des normalen Säuglings ebenso wie des indolenten apathischen 5—8 jährigen und älteren schwachsinnigen Kindes. Sie erzeugen ein Lächeln und Strampeln mit Armen und Beinen bei jenen und Bewegungsvorstellungen und schließlich nachahmende Bewegungen bei diesen. Im ersten Anschauungsunterricht muß man sich so durch möglichst alle Sinnespforten des schwachsinnigen Kindes zentripetal einschleichen (glänzende Klingel, farbige Kugel sehen lassen, tönen bzw. rollen lassen, umgreifen bzw. tasten lassen), die hervorgerufene zentrale Erregung ausnutzen und sie auf zentrifugale Bahnen leiten. Der Eindruck soll sofort einen Ausdruck nach sich ziehen. Der Anschauungsunterricht darf also nicht nur Anschauung bieten, sondern muß zugleich Handlungsunterricht im weitesten Sinne sein. Später geht man im Sortieren verschiedener Gegenstände dazu, die Eigenschaften derselben ihm beizubringen, im Stäbchenlegen den Formensinn, Zahl und Raumvorstellungen zu wecken.

Die Lust am Schaffen, die Erregung des Tätigkeitstriebes wird durch Perlenreihen, Flechten, vor allem aber durch das Arbeiten mit Ton angeregt. Im Selbst-

bedienen sucht man die Kinder selbständig im Hantieren mit ihren Kleidungsstücken zu machen, im Spiel und in gymnastischen Übungen die Muskeln zu koordinierter Tätigkeit zu erziehen. Hat man schon in der Vorschule darauf hingearbeitet Finger und Hände zu späterer Arbeit geschickt zu machen, z. B. durch das Flechten des Zopfes mit Tuchleisten, so wird in den unteren Schulabteilungen angefangen den Schilfzopf zu flechten, bis man zum Anfertigen von Fußabstreichern gelangt. Die Knaben werden weiter im Bürstenbinden, Netzstricken, in Holz- und Papparbeiten, wobei besonders auf die wirkliche Brauchbarkeit der gefertigten Gegenstände Wert gelegt wird, die Mädchen im Rohrstuhlbeziehen, Näh- und Strickarbeit u. dgl. unterwiesen.

Der sich geistig gut entwickelnde Schwachsinnige wird auch im Lesen und Schreiben und später in allen Fächern, die bis zur Mittelstufe einer einfachen Volksschule getrieben werden, unterrichtet, immer aber, indem der Hauptnachdruck darauf gelegt wird, daß er bei seinem beschränkten geistigen Horizont nichts Unnützes, nur das Gedächtnis Belastende gelehrt bekommt, und daß er gewissermaßen instinktiv oder automatisch ethisch bzw. nicht antisozial zu handeln gewöhnt wird. Ob er schreiben und lesen lernt, ob er überhaupt in eine Schulabteilung gelangt, darauf kommt es gar nicht an. Hauptsache ist, daß er arbeiten lernt und zwar mit der nötigen Lust und Geduld, daß er sich einmal ohne zu viel Schwierigkeit in diejenigen Verhältnisse, in die er nach der Entlassung aus der Anstalt kommt, zu schicken weiß und möglichst viel zu seinem Lebensunterhalt beitragen kann. Das Ideal der Anstaltserziehung ist die Heranbildung zu völliger Erwerbsfähigkeit und bürgerlicher Selbständigkeit. Selbstverständlich kann dieses Ziel nur bei einem Teile der Schwachsinnigen erreicht werden. Je nachdem sie in ländliche oder städtische Verhältnisse zurückkehren, je nach ihrer körperlichen oder geistigen Eignung, zuweilen auch entsprechend dem Wunsche der Eltern werden sie, wenn sie körperlich so weit vorgeschritten sind, in Feld- und Gartenarbeit, in Korbmacherei, die Mädchen im Wäschenähen, Waschen, grober Küchenarbeit und Hausarbeit ausgebildet, wobei besonders darauf gesehen wird, daß sie sich im Gegensatz zur Schulzeit, in der mehr Abwechslung in den Fächern herrscht, an Ausdauer bei einer Arbeit und völliger Beherrschung dieser gewöhnen. Die möglichst gute technische Ausbildung des Schwachsinnigen in Korbmacherarbeit befähigt ihn vor allem auch manche Fabrikarbeit zu tun, die sich im industriereichen Sachsen oft als Erwerbsquelle darbietet, wenn auch die Fabrik mit ihrem Milieu meist nicht der geeignetste Ort für ihn sein wird.

Manche Schwachsinnige können nach den in ihnen vorhandenen intellektuellen und technischen Anlagen natürlich nur zu halben, manche auch nur zu Viertelskräften herangebildet werden. Es kommt darauf an, sie so zu erziehen, daß sie einfachste Hausarbeit oder einfachste mechanische Arbeit, worauf zum Beispiel die Rohrweberei eine geeignete Vorbereitung sein kann, verrichten können. Bei manchen endlich, insonderheit den völlig Bildungsunfähigen, Blöden, muß man sich damit begnügen, wenn sie im Elternhaus kein schwer empfundenes Hemmnis sind, das die arbeitskräftigen Familienglieder durch die Notwendigkeit ihrer Beaufsichtigung oder Abwartung von wichtigeren Geschäften abhält, wenn sie nicht antisoziale Triebe entwickeln oder durch Unreinlichkeit antihygienisch wirken und materiellen Schaden stiften.

Die Anstalt sorgt ähnlich wie für die Blinden auch für die Schwachsinnigen noch nach der Entlassung. Sie stattet sie wie den Blinden aus, vermittelt ihnen Arbeitsstellen, läßt sie besuchen und wählt Vertrauensmänner, die sich in der Zwischenzeit um sie kümmern. Solche, die wegen hochgradigen geistigen Defektes oder antisozialer Neigungen nicht geeignet im Elternhaus oder anderweit untergebracht werden können, finden in der landwirtschaftlichen Kolonie zu Großhennersdorf eine einfache ländliche Unterkunft, wo ihre kleinen Teilkräfte unter geeigneter Aufsicht nutzbringend verwendet werden können.

(Ausführlicheres findet man in der Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Jahrg. 1904: Die staatl. Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen, 2 Artikel, und Zeitschr. f. d. Behandlung und Erforschung des jugendlichen Schwachsinns, 1. Bd., H. 1 und 2.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Dezember 1907. No. 12.

I. Originalbeiträge.

Zwei Fälle von Serumatosis (Serumkrankheit).

Von

Dr. **Wilhelm Gabel** (Lemberg).

Die zwei Fälle, die Gegenstand vorliegenden Aufsatzes sein sollen, gehören in das Gebiet des von Pirquet und Schick als Serumkrankheit beschriebenen Symptomenkomplexes. Auf der kritischen Sichtung der seit der Einführung der Serumtherapie stark angewachsenen Literatur, sowie auf einer großen Anzahl selbstbeobachteter Fälle basierend, kristallisierten obengenannte Forscher ein Krankheitsbild heraus, dessen nähere Beschreibung sie in dem Buche „Die Serumkrankheit"[1]) niederlegten. Auf diese, dort dargelegten Tatsachen erscheint es notwendig, mit ein paar Worten zurückzukommen, um dann daran anschließend die beiden von mir beobachteten Fälle richtig beurteilen zu können.

Abgesehen von dem Heileffekt, den eingespritztes Serum auf den Krankheitsherd ausübt, ruft es, als ein in den Organismus eingeführtes artfremdes Agens, eine Reihe von Erscheinungen hervor, die, konstant auftretend, ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild dem Beobachter darbieten. Bei gleichbleibendem Grundtypus sind doch deutlich wahrnehmbare Verschiedenheiten nachzuweisen, je nachdem bei dem Individuum das erste Mal, oder aber ein zweites, eventuell ein drittes Mal das Serum angewandt wurde. So sprechen obengenannte Forscher von zwei Verlaufsarten der Krankheit: von der Serumkrankheit bei Erst- und von einer bei Reinjizierten. Einerlei dabei ist es aber, ob die Reinjektion mit demselben Serum oder mit verschiedenen Serumarten (z. B. Skarlatina- und Diphtherieserum) vorgenommen wurde, einerlei ob der Zeitraum zwischen den Injektionen kurz war, oder ob Monate, ja Jahre dazwischen verflossen sind. Um mit den Erstinjizierten zu beginnen, so tritt zwischen dem 8. und 12. Tage nach der Injektion eine leichte Schwellung der Lymphdrüsen, in deren Versorgungsgebiet die Injektionsstelle liegt, hervor, die Körpertemperatur steigt mäßig an, und zuerst an der Injektionsstelle, dann sich über den ganzen Körper ausbreitend schießen die, meistens der Urtikariagruppe angehörenden Effloreszenzen auf. Dazu

[1]) Die Serumkrankheit, von Dr. C. Frh. von Pirquet und Dr. B. Schick. Wien 1905.

tritt, und das nach Forschungen Pirquets fast konstant, ein allgemeines Ödem auf, manchmal sichtbar, in anderen Fällen bloß durch Wägungen nachweisbar, ohne daß Harnveränderungen auf irgendeine Nierenerkrankung hindeuten würden. In manchen Fällen wird über Schmerzen in den Gelenken geklagt. Nach paar Tagen, manchmal aber auch erst nach 4—5 Wochen, verschwinden alle die Symptome, ohne welche Folgezustände zu überlassen.

Von diesem hier skizzierten, vollkommenen Krankheitsbild bis zu den rudimentärsten Formen gibt es zahlreiche Übergänge und Abstufungen, von den Veränderungen im Organismus, dem Auge des Arztes gar nicht konstatierbar und nur, wie später hervorgehoben wird, durch die Eigentümlichkeit der Reaktion bei Reinjizierten nachweisbar, bis zu den schwersten, mit schwerer Prostration und starker Abmagerung einhergehenden Fällen.

Was die einzelnen Symptome betrifft, so gehört das Fieber zu den konstantesten Symptomen der Krankheit. Es ist mehr oder minder intensiv, je nach der Menge des injizierten Serums, der individuellen Disposition und der Art des Exanthems. Der Fiebertypus ist remittierend, mit 1—3° betragenden Schwankungen. Das zweite, meistens ins Auge springende Symptom der Serumkrankheit sind Exantheme. Dieselben können nach Hartungs[1]) Einteilung entweder urtikariaartig sein, oder nähern sich der skarlatinösen bzw. morbillösen Form, oder können schließlich polymorph sein. Meistens treten sie zuerst an der Injektionsstelle auf, verbreiten sich symmetrisch und sind als Urticariaformen von starkem Juckreiz begleitet. Drittens ist unter den Symptomen die Drüsenschwellung hervorzuheben. Nach Pirquet und Schick,[2]) deren Darstellung wir folgen, ist die Drüsenschwellung eines der konstantesten Krankheitssymptome. Meist 7—8 Tage nach der Injektion beginnend, bemerkt man, zuerst an den, der Injektionsstelle entsprechenden, dann aber auch an anderen Lymphdrüsen, langsame, aber konstant zunehmende Schwellungen; dieselben werden bis dattelkerngroß und beim Betasten schmerzhaft. Das Verkleinern der Drüsen ist das Zeichen, daß der Verlauf der Krankheit sich dem Ende nähert. Manchmal gesellen sich zum Krankheitsbilde Gelenksschmerzen, bei negativem objektiven Befunde, die Leukozytenzahl steigt zuerst mäßig an, um plötzlich mit dem Eintritte der Serumerscheinungen beträchtlich abzusinken. Als letztes und wohl interessantestes Symptom wären die auftretenden allgemeinen Ödeme hervorzuheben.

Hier will ich einen selbstbeobachteten Fall anführen, der das Auftreten dieser Erscheinung am besten illustrieren wird:

Ein 5jähriger Knabe, der vor ca. 3 Jahren eine heftige Skarlatina mit Nephritis durchgemacht hatte, erkrankt eines Tages an Diphtherie. Eine Injektion von Paltauf Nr. III (8 ccm 1500 A. E.) brachte in 2 Tagen die erwartete Heilung. Der Knabe war daraufhin ganz gesund und munter, als am 8. Tage nach der Injektion die Mutter mit der Angabe gelaufen kam, ihr Bub sei angeschwollen und hätte wiederum wahrscheinlich eine Nierenentzündung bekommen.

---

[1]) Hartung: Die Serumexantheme der Diphtherie. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1896.)

[2]) l. c.

Anamnestisch erhob ich, daß einen Tag früher ein juckender Ausschlag am ganzen Körper sich gezeigt hatte, dem man aber, da er bald darauf verschwand, keine besondere Bedeutung beigelegt hatte. Der Status war kurz folgender:

Ein blasser, schwächlicher Bub, Temp. 37,5° C, Puls 82 in der Minute, regelmäßig. Das Sensorium ist frei, Erbrechen fehlt. Die Injektionsstelle reaktionslos, schmerzlos. Die Hautoberfläche ohne Veränderung. Das Gesicht, speziell die beiden Unterlider, deutlich gedunsen, auch an den Unterschenkeln ist Ödem nachweisbar. Innere Organe ohne abnormen Befund, speziell das Herz normal, perkutorisch keine Dilatation nachzuweisen, Herztöne rein und klappend. Auf eventuelle Drüsenschwellung in inguine wurde damals nicht geachtet.

Der Harn klar, ohne Sediment, gibt auf alle Eiweißproben negatives Resultat. Harnmenge wenig vermindert.

Der Verlauf war ein günstiger. Unter Anwendung von warmen Bädern, Roob Juniperi und dergleichen verschwand langsam das Ödem, Albumen war in dem täglich kontrollierten Harn nie nachzuweisen.

Die Deutung dieses Falles war damals einigermaßen schwer. Den Fall als Analogon der von Quincke beschriebenen einfachen Scharlachwassersucht anzunehmen, ging, da das Kind durchwegs nicht kachektischer Natur war, wohl schwer, höchstens könnte man hier eine Nephritis ohne Eiweiß, wie Henoch und Aufrecht beschrieben, annehmen. Doch der übrige Harnbefund sprach dagegen, so daß damals die Diagnose in suspenso blieb. Nach Pirquet und Schick gehören Ödeme zu den konstantesten Symptomen der Serumkrankheit. Durch Wägungen haben die Forscher dieselben auch dort nachgewiesen, wo sie dem Auge nicht konstatierbar sind, von der Annahme ausgehend, daß Fieber und geringe Nahrungsaufnahme das Körpergewicht eher herabsetzen sollten als umgekehrt, was bei einem ödematösen Kranken der Fall ist. Tritt manchmal Albuminurie dazu, so ist sie sehr gering, $^1/_4$ pro mille, ernstere Folgezustände, wie Urämie, sind nie beobachtet worden.

Von gleichbleibendem Grundtypus, verschieden jedoch hauptsächlich in bezug auf den Zeitpunkt des Eintrittes der Reaktion und Intensität der Erscheinungen, gestaltet sich der Krankheitsverlauf bei Reinjizierten, das ist bei Personen, die schon früher einmal mit irgendeinem Serum, gleich ob Skarlatina- oder Diphtherieserum behandelt worden sind. Dreierlei Arten von Möglichkeiten unterscheiden hier Pirquet und Schick: es tritt entweder die sogenannte sofortige oder die beschleunigte Reaktion, oder schließlich eine Kombination beider Arten auf. Während bei Erstinjizierten die ersten Erscheinungen am 8.—12. Tage nach der Injektion auftreten, tritt bei der sofortigen Reaktion der Reinjizierten sofort oder mindestens innerhalb der ersten 24 Stunden ein intensives Ödem der Injektionsstelle zutage, dabei bestehen seltener und nicht in so starkem Maße Fieber, allgemeine Exantheme und Lymphdrüsenschwellung. Dieses sogenannte spezifische Ödem, worauf genannte Forscher das größte Gewicht legen, ist dann anzunehmen, wenn die Menge des injizierten Serums in gar keinem Verhältnisse zu der mächtigen Schwellung steht, die meistens den ganzen Oberschenkel einnimmt. Durch Messung des durch die ödematöse Stelle verdrängten Wassers kann die Unverhältnismäßigkeit der Schwellungen nachgewiesen werden. Kommt es zur beschleunigten Reaktion, so treten die bei der sofortigen Reaktion beschriebenen Erscheinungen erst am 5.—7. Tage nach

der Injektion auf, wobei aber der ganze Krankheitsverlauf ein viel kürzerer ist und die Erscheinungen rascher, gedrängter auftreten. Als Kombination kommen Fälle vor, wo die sofortige und beschleunigte Reaktion zusammen auftreten, wo also durch eine 5—6 tägige Pause getrennt, ein neuerlicher Ausbruch der Erscheinungen zu beobachten ist.

Ob in dem einen Fall diese oder jene Reaktion eintritt, hängt von dem Intervall der Injektionen ab; bei einem Intervall von 40 Tagen tritt die sofortige, von 40 Tagen bis 6 Monaten die sofortige und beschleunigte, und über 6 Monate nur die beschleunigte Reaktion auf. Diese Zahlen sind jedoch nicht feststehend, und im nachfolgenden führe ich einen Fall eigener Beobachtung an, wo nach einem $3^1/_2$ jährigen Intervall bloß die sofortige Reaktion allein auftrat.

Die beiden in der Literatur bekannten, analogen Fälle hatten ein Intervall von 3 Jahren, es ist der Fall, den Pirquet[1]) anführt, und der Fall von Marfan.[2])

Der Verlauf war folgendermaßen:

Sommer 1903 wurde ein 4 jähriger Knabe wegen Diphtherie mit Diphtherieserum behandelt. Nach der Injektion keine Serumkrankheit. Winter 1906 neuerliche Diphtherieerkrankung, worauf erneut 1500 A. E. Diphtherieserum in den rechten Oberschenkel morgens injiziert wurden. Denselben Abend erhob ich folgenden Status: Das Kind fiebert (38,5° C.), Puls 100. Im Rachen kein Fortschreiten der Diphtherie. Der rechte Oberschenkel mächtig geschwollen, stark druckempfindlich. Inguinaldrüsen rechts vergrößert, schmerzhaft. Nächsten Morgen breitet sich von der Injektionsstelle ausgehend, eine Urtikaria am ganzen Körper aus, die durch intensives Jucken den Patienten stark belästigt. Abends ist das Krankheitsbild im Abnehmen begriffen, tags darauf allgemeines Wohlbefinden. Harn stets eiweißfrei.

Abgesehen von dem langen Intervall ist in diesem Falle auch das erwähnenswert, daß es sich hier beide Male um Injektion geringer Serummengen gehandelt hat, wo doch die Menge des Serums nach Pirquet einen wichtigen Ausschlag in der Art des Auftretens der Serumkrankheit bedingen soll. Auch in dem von Pirquet mitgeteilten Falle war beide Male Diphtherieserum in Anwendung gezogen; ob Marfan nicht einmal irgendein anderes Heilserum anwandte, ist mir nicht bekannt.

Auf jeden Fall beweisen alle die Tatsachen, daß das injizierte Serum eine Veränderung in dem Organismus hervorruft, und selbst dann, wenn nach der Erstinjektion keinerlei Symptome der Serumkrankheit aufgetreten sind, man aus dem Verlaufe der Reinjektion auf eine bereits erfolgte frühere Injektion schließen kann. Diese Reaktionsfähigkeit scheint unbegrenzt zu sein, sind doch Fälle beschrieben, wo nach einem $7^1/_2$ jährigen Intervall beschleunigte Reaktion nach Reinjektion zu konstatieren war.

Durch die Untersuchungen Pirquets und Schicks sind wir über diese Erscheinungen vollkommen informiert, sie treten uns als ein in sich abgerundetes, klargestelltes Krankheitsbild entgegen, weswegen ich mir erlaube, für den beschriebenen Symptomenkomplex den Namen der „Serumatosis“ vorzuschlagen.

---

[1]) l. c.

[2]) Marfan: Recherche sur le pathogénie des accidents sérothérapiques. 1905.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

O. Rothberg, Über den Einfluß der organischen Nahrungskomponenten (Eiweiß, Fett, Kohlehydrate) auf den Kalkumsatz künstlich genährter Säuglinge. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 66. Heft 1.) Auf Grund eigener Stoffwechselversuche zum Studium des Kalkumsatzes im kindlichen Körper fand Verf. unter allen Versuchskindern bei Ernährung mit Magermilch eine positive Kalkbilanz, auch bei denjenigen, die Symptome von manifester Rachitis darboten. Die Retentionszahlen schwanken nicht sehr erheblich, nämlich zwischen 14 und 26 % des eingeführten CaO. Dabei scheint auch die absolute Menge der Zufuhr eine Rolle zu spielen. Dort, wo sie größer war, ist auch die absolute Menge des retinierten CaO größer, und umgekehrt. In Prozenten berechnet läßt sich diese Abhängigkeit allerdings nicht nachweisen. Die N-Retention differiert viel stärker und läßt keine Parallele zu der CaO-Retention erkennen. Das Alter der Kinder scheint ohne Bedeutung.

In sehr deutlichem Kontrast stehen dazu die beiden Vollmilchversuche an den jüngeren Kindern. In beiden Fällen konnte eine beträchtliche negative Kalkbilanz nachgewiesen werden bei annähernd gleicher CaO-Zufuhr wie in den Magermilchversuchen. Die N-Bilanz zeigt auch hier ein ganz verschiedenes Verhalten, sie ist in einem Falle negativ, im anderen positiv, ebenso findet in einem Falle eine mächtige Körpergewichtsabnahme, im anderen Falle eine geringe Zunahme statt. Der wesentlichste Unterschied in der Nahrung dieser und jener Versuche besteht in dem Fettgehalt derselben; an einen Einfluß desselben ist daher in erster Linie zu denken.

Weniger klar liegen die Verhältnisse in denjenigen Versuchen, wo neben reichlicher Menge von Kohlehydraten auch (im Verhältnis zum Magermilchversuch) viel Fett eingeführt wurde. Hier muß der Einfluß beider Nahrungskomponenten in Erwägung gezogen werden. Die Resultate differieren, indem die jüngeren Kinder ein CaO-Defizit aufweisen wie im Vollmilchversuch, bei allerdings viel niedrigerer Zufuhr des Kalkes, während beim älteren Kinde eine positive Bilanz gefunden wurde. Der Stickstoff wird dagegen in allen Kohlehydratversuchen relativ besser ausgenützt. Im letzten Versuch wird auch vom jüngeren Kinde bei reichlicher Kohlehydratzufuhr der eingeführte Kalk besser ausgenützt, nachdem das Fett aus der Nahrung eliminiert war. Es ergeben sich folgende Schlußsätze:

1. Beim künstlich genährten Säugling kann der Kalkstoffwechsel in erheblichem Grade durch die Art der Ernährung beeinflußt werden.
2. N- und Ca-Bilanz zeigen bei künstlich genährten Säuglingen keine Übereinstimmung.
3. Die Größe der Kalkzufuhr scheint erst in zweiter Linie beim Umsatz desselben in Betracht zu kommen.
4. Eine an Milchfett reiche Nahrung bewirkt bei einer Reihe von künstlich genährten Säuglingen eine negative Kalkbilanz.
5. Dasselbe kann auch eine kohlehydratreiche Nahrung bewirken, aber wahrscheinlich in weit geringerem Maße.

Eine Erklärung für diese Befunde kann Verf. noch nicht geben, doch möchte er darauf hinweisen, daß die Retention des Kalkes offenbar einmal von dem Verhalten des Organismus selbst bzw. den Vorgängen im intermediären Stoffwechsel und zum anderen von den Vorgängen im Darmtraktus abhängt. Hecker.

M. Klotz, Über Säuglingsernährung mit Hanfsuppe. (Aus der Säuglingsabteilung des altstädtischen Krankenhauses in Magdeburg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. August 1907.) In 30 Fällen wurde die Ernährung nach den Vorschriften von Manchot durchgeführt, aber mit durchaus negativen Resultaten; ja es traten sogar öfter Störungen des Allgemeinbefindens und der Digestion ein, die der Hanfsuppe beizumessen waren. Grätzer.

H. Bogen, Spasmophilie und Kalzium. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Heidelberg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Aug. 1907.) Die angestellten Untersuchungen ergaben, daß die Zufuhr von Kalzium nicht imstande ist, tetanoide Zustände hervorzurufen, daß ferner kein Anhaltspunkt dafür vorliegt, daß die Tetanie durch eine Kalziumstauung im Organismus entsteht. Grätzer.

Fritz Lange, Eine Verbesserung der künstlichen Sehnen. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 266.) L. verwendet für die Herstellung künstlicher Sehnen mit großem Vorteil seit $1^1/_2$ Jahren die Sublimatparaffinseide. Die Turnerseide wird zunächst in Sublimat 1:1000 $^1/_4$ Stunde lang ausgekocht und dann 48 Stunden lang an einem warmen, staubfreien Ort zum Trocknen aufgehängt. Auf diese Weise erhält die Seide den Sublimatgehalt, dessen sie zur Verhütung von Fadenabszessen bedarf.

Um nun die Reizung der Wunde durch das Sublimat zu vermeiden und damit die Sekretbildung zu verhüten, wird die getrocknete Sublimatseide vor der Operation 1 Stunde lang in Paraffin (Schmelzpunkt 55°) im Wasserbade gekocht. Aus dem flüssigen Paraffin wird die Seide, solange sie noch warm und geschmeidig ist, verwendet. Bei der Herstellung dieser Paraffin-Sublimatseide ist vor allem darauf zu achten, daß die Seide, bevor sie in das Paraffin kommt, absolut trocken ist, und daß sie sowohl in Sublimat wie in Paraffin nur ganz lose in wenigen Windungen auf Gaze aufgewickelt ist, damit die imprägnierenden Lösungen überall eindringen können.

Joachimsthal (Berlin).

Peter Bystrow, Über die angeborene Trichterbrust. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 6. Heft 1. S. 11.) Es handelt sich bei dem von B. in der Königsberger chirurgischen Universitätspoliklinik beobachteten Krankheitsfalle bei einem 13jährigen Knaben um eine typische Trichterbrust mit einem etwas seitlich gelegenen Trichter, einer typischen Kyphose des Sternums, verbunden mit einer leichten Torsion nach rechts. Was den Fall eigentümlich gestaltet, das ist der Umstand, daß der Trichter sich nicht direkt nach oben in der medialen, oder, wie es bei den seitlich gelegenen Trichtern der Fall ist, nicht in einer der medialen parallel verlaufenden Linie fortsetzt, sondern schräg nach oben und rechts verläuft, und zwar so, daß wenn man den adduzierten und im Ellen-

bogengelenk flektierten rechten Arm des Patienten, bei stark in die Höhe gezogenem Schulterblatt, schräg über die Brust legte, der Oberarm sich in die eben beschriebene Rinne an der vorderen Fläche der rechten Thoraxfläche legte; der Ellbogen kam dabei in den Trichter selbst hinein und füllte dessen Konturen so aus, daß der Epicondylus medialis auf dessen tiefsten Punkt zu liegen kam, das Olekranon berührte die untere Grenze der Grube, und der Epicondylus lateralis lag vorne frei.

B. nimmt für seinen Fall an, daß die mechanischen Druckverhältnisse der verschiedenen Kindesteile im beengten Uterusraum bei der Entstehung der Deformität im Spiele gewesen sind.

Joachimsthal (Berlin).

Ferd. Schultze, Zur Behandlung des Klumpfußes. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 6. Heft 1. S. 33.) Nach Sch. soll beim Klumpfuß die Tenotomie der Achillessehne prinzipiell ausgeführt werden, da erst hierdurch die besten Verbindungen für den Ausgleich der Gleichgewichtsstörungen der Muskulatur gegeben sind. Die Behandlung des kindlichen Klumpfußes im ersten Lebensjahr muß nach vollendetem modellierenden Redressement durch festen Verband erfolgen; die Behandlung mit Bandagen nach Lange ist unsicher und zeitraubend und als Rückschritt zu bezeichnen. Eine Nachbehandlung des kindlichen Klumpfußes mit Bandagen ist überflüssig, wenn die Vollkorrektur gemacht ist. Der Decubitus ist zu befürchten bei mangelhafter Mobilisation, ferner bei zarten Kindern. 10—14 Tage nach der Korrektur ist der Verband zu wechseln, damit man sich davon überzeugen kann, ob es zur Vollkorrektur gekommen ist. Die Operation der Klumpfüße im 20., 30., 40. und in den späteren Lebensjahren ist nicht sehr gefährlich und nicht sehr schwierig. Die Korrektur Erwachsener im 2., 3., 4. und 5. Dezenium gelingt in kurzer Zeit durch das maschinell modellierende Redressement mit dem von Sch. angegebenen Osteoblasten. Die letztere beseitigt mit größter Schonung jeden Widerstand, welcher sich bei der Korrektur des Klumpfußes entgegenstellt. Das maschinell modellierende Redressement korrigiert auch die schwersten Formen in kurzer Zeit, mit größter Sicherheit und bestem Dauerresultat.

Joachimsthal (Berlin).

Peter Bade, Über das Zusammenwirken von Arzt und Schule in Krüppelheimen. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 6. Heft 1. S. 46.) Nach B.s Feststellungen über das Zusammenwirken von Arzt und Schule in Krüppelheimen ergibt sich, daß fast die Hälfte der jetzt bestehenden Krüppelheime (44 %) dahin streben, Arzt und Schule gemeinsam in ihren Anstalten wirken zu lassen, daß aber auch der Krankenbestand in einem einzelnen Krüppelheim ein derartiger ist, daß die gemeinsame Arbeit zu empfehlen ist, weil 63 % der Krüppel an Krankheiten leiden, für die gemeinsames Wirken förderlich ist. Die übrigen 37 % jedoch sind entweder nur für die Schule (15,7 %) oder nur für den Arzt (13,3 %) geeignet, oder für beide nicht geeignet (7,95 %). Also auch vom ärztlichen Standpunkte aus darf im Krüppelheim die Verbindung mit der Schule nicht gelöst werden.

Joachimsthal (Berlin).

L. Brieger und **M. Krause,** Neuer Beitrag zur Konzentrierung der Immunkörper im Diphtherieserum. (Aus dem Laboratorium der Hydrotherap. Anstalt Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 30.) Verff. konnten feststellen, daß man mit Kochsalz einen bedeutenden Niederschlag erhält, wenn man Serum, mit sterilem, destilliertem Wasser verdünnt oder auch unverdünnt, mit Kochsalz bei Zimmertemperatur übersättigt, und daß dieser Niederschlag keine Antikörper mit einschließt, noch enthält. Die Lösung der vorhandenen Antikörper hatte ihren vollen Schutzwert behalten. Diese Beobachtung benutzten sie zur Reinigung und Konzentrierung des Serums. Das Diphtherieserum wurde mit der gleichen Menge destillierten Wassers verdünnt, mit neutralem Ammoniumsulfat gefällt, der Niederschlag mit 10 % wässeriger Glyzerinlösung gelöst und mit überschüssigem Chlornatrium behandelt. Der entstandene Niederschlag wurde quantitativ von der Lösung getrennt und einzeln auf seinen Schutzwert geprüft. Der Niederschlag enthielt keine Antikörper. Dagegen hatte die Lösung den ursprünglichen Schutzwert. Durch die Lösung wurde nun Kohlensäure geleitet. Der entstandene Niederschlag wurde wieder abfiltriert und auf seinen Schutzwert geprüft. Die Prüfung ergab ein vollkommen negatives Resultat. Das Ausgangsmaterial war 225 faches Höchster Diphtherieserum. Die Prüfung ergab ein sehr gutes, positives Resultat; es waren nicht die geringsten Krankheitserscheinungen beobachtet worden. Von dieser Lösung wurde der Stickstoffgehalt bestimmt, ebenso wurde der Stickstoffgehalt des Ausgangsmaterials bestimmt. Es zeigte sich, daß durch die vorgenommenen Fällungen 75 % des Gesamtstickstoffs entfernt war, ohne daß eine Schädigung der Immunkörper festzustellen war. Durch weiteren Zusatz von verdünnter Ameisensäure zu dem Filtrat konnten noch Körper gefällt werden, die mit den Immunkörpern nicht in direktem Zusammenhange zu stehen scheinen, wie die biologische Prüfung ergab. Jedoch nicht nur die Verdünnung der Ameisensäurelösung, sondern auch die Menge der hinzugefügten Säure scheint von Wichtigkeit zu sein. Die Konzentration scheint am günstigsten zu sein, wenn man eine 1 % ige Säure unter Umrühren zutropfen läßt. Verff. versuchten auch das Diphtherieserum unter anderem durch Dialysieren zu reinigen und zu konzentrieren, jedoch haben sie hierbei keine gleichmäßigen Resultate erzielt. Ferner fanden sie, daß freie, verdünnte, chemisch reine Salzsäure auf Diphtherieserum keinen schädlichen Einfluß hatte, wie früher behauptet worden ist. Es wurde eine Säure angewendet, deren Chlorgehalt gleich dem der physiologischen Kochsalzlösung war, also ca. $^1/_6$ normal Salzsäure. Grätzer.

F. Danziger, Über Vaccina generalisata. (Aus der Klinik für Hautkranke im städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 32.) D. berichtet von 6 Fällen von Vaccina generalisata, welche gleichzeitig in der Klinik auftraten. Wie war diese Hausepidemie zu erklären? Manches sprach für eine „Eruption von innen heraus“. So wurde 5 mal Husten im Beginn der Erkrankung konstatiert, so daß es wahrscheinlich ist, daß bei der generalisierten Vakzine das Krankheitsgift, ebenso wie das für die Variola der Fall zu sein scheint, mit der Inspirationsluft eingeatmet wird. Gegen

eine Inokulation ließe sich anführen, daß in Fall I überhaupt keine Hauterkrankung vorhanden gewesen war und daß in Fall IV—VI die ersten Impfpusteln an Stellen auftraten, wo nie vorher ein Ekzem gesessen hatte, daß somit die Möglichkeit einer Inokulation recht gering war. Endlich schien hier eine besondere Virulenz des Impfstoffes vorzuliegen, da von dem ursprünglich geimpften Kinde zunächst drei Angehörige und von einer dieser indirekt geimpften Personen wieder fünf Kinder infiziert wurden. Das ist wohl ein weiterer Faktor zur Entstehung einer Vaccina generalisata.

Als etwas sehr Seltenes traten zweimal als Komplikation Lymphdrüsenabszesse auf, vielleicht auch ein Zeichen dafür, daß es sich um einen ganz besonders virulenten Impfstoff handelte. Grätzer.

E. Benjamin und **E. Sluka**, Über eine chronische, mit Ikterus einhergehende Erkrankung des Blutes. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik zu Wien.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 34.) Minkowski teilte 1900 die Krankengeschichten von fünf Mitgliedern einer Familie mit, bei denen er chronischen Ikterus, Milzvergrößerung und Urobilinurie beobachtet hatte. Vorher schon hatten französische Autoren ähnliche Symptomenbilder gesehen. Ferner beobachtete Bettmann einen Fall von angeborenem Ikterus mit mächtigem Milztumor und zeitweisem Auftreten von Hämoglobin im Blutserum, Kranhals bei drei Gliedern derselben Familie kongenitalen acholurischen Ikterus. Auch andere kamen und berichteten über ähnliche Fälle. In allen handelte es sich um teils angeborene, teils erworbene, meist familiäre Fälle von Ikterus, die immer mit Milztumor, manchmal mit Leberschwellung verbunden waren, den Patienten geringe Beschwerden machten, und deren Blutbild vielfach eine Verminderung der Erythrozyten aufwies. Die Anschauungen über das Krankheitsbild gingen auseinander; manche sahen in der Leber, andere im hämatopoëtischen System den ätiologischen Faktor. Zur Klärung der Frage trägt die jetzige Mitteilung aus der Escherichschen Klinik wesentlich bei, welche drei Familienmitglieder, Großvater, Vater und Kind betrifft. Die Fälle machten entschieden den Eindruck, daß sie in dieselbe Gruppe gehören, wenn sie auch in mancher Beziehung voneinander abweichen.

Gemeinsam war ihnen der bei Großvater und Vater intensivere, bei dem Kinde leichtere Ikterus mit seinen Begleiterscheinungen: Dem Auftreten von Urobilin und Urobilinogen im Harn, dem Fehlen von Gallenfarbstoff und Hämatoporphyrin in diesem, den cholischen Stühlen und dem ikterischen Blutserum. Gemeinsam ferner die Chronizität, die von keinen Beschwerden im Bereiche des Magendarmkanals begleitet wurde, das Fehlen von kolikartigen Schmerzen in der Lebergegend und das ungestörte Allgemeinbefinden. Weitgehende Analogien fanden sich auch im Blutbilde. Zunächst war die Zahl der Roten bedeutend herabgesetzt, während der Hämoglobingehalt der einzelnen Erythrozyten eher übernormal erschien; die Größe der einzelnen Erythrozyten differierte sehr erheblich, auch Poikilozytose war zu sehen, Erscheinungen, die alle beim Kinde am deutlichsten ausgesprochen waren. Besonders prägte sich darin aus, daß unreife

Elemente, kernhaltige Rote, teils Normo- teils Megaloblasten beim Kinde in größter Menge, beim Vater weniger, gar nicht beim Großvater ausgeschwemmt wurden. Es steht das wohl damit im Zusammenhange, daß der jugendliche Organismus bei seinem gesteigerten Wachstumsverbrauch durch regeren Nachschub von neuen Elementen seine Bilanz aufrecht erhalten muß und daher auf den gleichen Reiz mit einer Ausschwemmung pathologischer Elemente antwortet, während der Erwachsene mit Ausschwemmung der ihm zur Verfügung stehenden Reserven den Bedarf decken kann. Ähnliche Verhältnisse fanden sich bei den Leukozyten. Bei ziemlich erheblicher Leukopenie in allen 3 Fällen bei sonst annähernd gleichem Blutbild beim Kind 70 %, beim Vater 5 %, beim Großvater 1 % Myelozyten.

Aber es bestanden auch in wesentlichen Punkten Differenzen. Das Kind machte einen recht kranken Eindruck, der Vater sah auch krank aus, fühlte sich aber wohl, der Großvater macht gar keinen kranken Eindruck. Bei letzterem keine Milzschwellung, während beim Kinde diese im 3. Monate, beim Vater schon im 6. Lebensjahre gewaltige Dimensionen erreichte.

Trotzdem ist in allen 3 Fällen wohl das gleiche Leiden vorliegend, das man wohl sicher mit dem hämatopoëtischen System in Verbindung bringen muß, da von seiten der Leber so gut wie gar keine Erscheinungen hervortreten. Entweder handelt es sich um eine Bildungsanomalie des hämatopoëtischen Systems oder um eine unbekannte Noxe, die zerstörend auf die roten Blutkörperchen einwirkt und so zu den übrigen pathologischen Veränderungen führt. Der Ikterus ist als Folge des gesteigerten Zugrundegehens der Erythrozyten anzusehen, ebenso der Milztumor, der bei Vater und Kind, bei denen das Leiden kongenital auftrat, zur Ausbildung kam, während es bei dem im späteren Alter betroffenen Großvater ausblieb. Es ist ja bekannt, daß die Milz des kindlichen Organismus viel prompter auf pathologische Reize reagiert, als die des Erwachsenen; der gleiche Reiz, der bei Tochter und Vater in früher Kindheit die Milz traf und sie mächtig aufschwellen ließ, führte beim Großvater, bei dem das Leiden erst im 25. Lebensjahre auftrat, zu keiner Anschwellung. Grätzer.

G. Schuhmacher, Schwere, unter dem Bilde der Diphtherie verlaufene Streptokokkenkonjunktivitis nach Masern. (Aus der kgl. Univers.-Augenklinik zu Kiel.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 38.) Der Fall betraf ein 2jähriges Kind und bot, allein durch den Streptococcus pyogenes hervorgebracht, klinisch durchaus das typische Bild der Diphtherie der Konjunktiven dar. Es bestand auch eine Komplikation des Mittelohrs und eine Impetigo contagiosa der Haut, und wenn auch bakteriologisch der Nachweis einer ätiologisch gleichartigen Erkrankung nicht erbracht wurde, so ließ doch die Anamnese den Rückschluß auf einen Zusammenhang berechtigt erscheinen. Ein Zusammenhang zwischen Impetigo und Konjunktivitis ist nach Axenfeld nicht so selten. Auffallend war das trockene gangränöse Aussehen der Conjunctiva bulbi, die gewöhnlich bei ähnlichen Fällen chemotisch befunden wurde. Die erfolgte Zerstörung der Kornea findet aus diesem Befunde ihre Erklärung:

infolge des Abschlusses der Hornhautrandgefäße wurde den Streptokokken in ähnlicher Weise Gelegenheit zum Eindringen gegeben, wie es bei den Mischinfektionen mit Löfflerbazillen der Fall ist, wo die Toxine das Epithel und das Stroma der Hornhaut vorher schädigen sollen. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen trat gewöhnlich am dritten oder vierten Krankheitstage eine Trübung der Kornea ein; im vorliegenden Falle fand sich am sechsten Tage die Kornea diffus getrübt. Grätzer.

R. Otto (Straßburg), Zur Frage der Serumüberempfindlichkeit. (Aus dem kgl. Institut für experim. Therapie in Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 34.) O. stellte Untersuchungen an und kam zu folgenden Resultaten:

1. Durch die einmalige Vorbehandlung mit fremdartigem Serum wird der Organismus der vorbehandelten Meerschweinchen in der Weise umgestimmt, daß er auf die nach geeigneter Zeit erfolgende Reinjektion mit typischen, akut einsetzenden Krankheitserscheinungen reagiert.

2. Diese Krankheitserscheinungen lassen sich auch bei normalen Tieren beobachten, wenn sie mit dem Serum derartiger Tiere vorbehandelt werden.

3. Die durch die erste Injektion gesetzte „Überempfindlichkeit" kann durch bestimmte, im Körper vorhandene Reste des Antigens abgeschwächt oder ganz verhindert werden, so daß eine scheinbare „Unempfindlichkeit" resultiert. Die Dauer dieser Unempfindlichkeitsperiode ist abhängig von der Serumdosis bei der ersten Seruminjektion. Grätzer.

M. Karchenke (Alpirsbach), Kasuistischer Beitrag zu den Oberschenkelluxationen. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 35.) Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, bei dem durch Fall auf die Füße von einem Baume (7 m) eine Luxatio sin. ischiadica zustande kam. Unter Ätherrausch (Verbrauch 40 g), der sich vorzüglich bewährte, erfolgte leicht die Reposition. Grätzer.

G. Frey, Hämolysiert die Frauenmilch? (Aus der Univers.-Kinderklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) F. hat Versuche angestellt, um diese Frage zu beantworten, und kommt zu folgendem Resumé:

„Es scheint uns durch diese Versuche festgestellt, daß der Frauenmilch entgegen Cattaneos Angaben die Fähigkeit zur Hämolyse von Menschenblutkörperchen (im Sinne Bordets und Ehrlichs) nicht zukommt. Zu erwägen bleibt, ob die Hämolyse unter den angegebenen Bedingungen ausbleibt, weil die Frauenmilch weder geeignete Zwischenkörper noch Komplemente enthält, oder ob es ihr nur an einem der beiden wirksamen Faktoren fehlt, oder sie als Medium oder durch einen besonderen Bestandteil, etwa komplexe Antikomplemente, eine die Hämolyse hemmende Wirkung entfaltet." Grätzer.

H. Strassner, Zur Frage der Entstehung der Lungentuberkulose. (Aus dem hygien. Universitätsinstitut zu Halle.)

(Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) St. schildert die von ihm angestellten Versuche und schließt:

„Die Resultate meiner Versuche lassen sich also kurz dahin zusammenfassen, daß bei unter allen Kautelen vorgenommener Injektion von Tuberkelbazillen in den Magendarmkanal entgegen den Angaben Schlossmanns eine exquisit lymphogene Infektion der vom Darm abführenden Lymphwege und der Lymphdrüsen eintritt, und zwar ohne daß die Eintrittspforte, also die Darmwand, bleibende Veränderungen erleidet. Infektion des Peritoneums dagegen führt wahrscheinlich auf dem Wege der perforierenden Lymphgefäße des Zwerchfells zu metastatischer Ansiedelung von Tuberkelbazillen in der Lunge. Die Schlossmannschen Angaben dürften in der Mehrzahl der Fälle durch eine Infektion auf diesem Wege bedingt sein." Grätzer.

E. Hartog, Ungewöhnliche Entwickelungsdifferenzen von Zwillingen. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Breslau.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) Der eine Fötus war ca. 18 bis 20 cm lang und entsprach somit dem 4.—5. Monat, während der zweite nur eine Länge von 3—4 cm hatte und daher dem 2. Fötalmonat entsprach. Der zweite, der sich in einem völlig unversehrten Ei befand und nicht die geringsten Spuren von Mazeration aufwies, wurde ungefähr eine halbe Stunde nach dem ersten geboren.

Ungleiche Entwickelung bei Zwillingen wird häufiger beobachtet; selten freilich in dem Maße wie hier. Es handelte sich aber auch hier nur um eine ungewöhnliche Entwickelungsdifferenz; beide Eier entstammen derselben Ovulationsperiode und Konzeption.

Die Hypothesen der Superfoetatio und Superfoecundatio, die keinen genügenden oder besser gesagt absolut keinen Aufschluß geben über die Größen- und Entwickelungsdifferenzen von Zwillingen, hat man daher heute verlassen und nimmt zur Erklärung dieser letzteren einen rein örtlichen Grund an, indem nämlich die eine Frucht die Entwickelung der anderen behindert. Es mag dieses dadurch bedingt sein, daß das eine Ei sich an einer Stelle des Uterus inseriert, die ihm bessere Bedingungen zum Wachstum bietet und es gegen den Druck des anderen besser schützt, während das andere unter ungünstigeren Verhältnissen heranreift, indem es z. B. an einer Tubenecke sich inseriert hat. Grätzer.

A. Weber, Über einen Fall von primärer Mundtuberkulose durch Infektion mit Perlsuchtbazillen. (Aus der medizin. Klinik zu Gießen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) Eine 29jährige Frau hatte in den letzten 2 Jahren Milch bezogen, die von einer Kuh stammte, welche jetzt bei der Schlachtung als vollkommen tuberkulös befunden wurde. Sie bekam eine tuberkulöse Affektion zuerst am Mundwinkel, die sich dann weiter nach unten verbreitete. Aus einer exstirpierten Halsdrüse der Patientin wurde der Rindertuberkelbazillus gezüchtet. Es handelte sich da wohl zweifellos um primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut durch Genuß perlsuchtbazillenhaltiger Milch.

Patientin stammt aus gesunder Familie, auch ihr Mann und zwei Kinder sind gesund. Diese tranken jene Milch nur in gekochtem Zustande, während Patientin sie ab und zu roh kostete.

Es wurde noch eruiert, daß ein Enkelkind des Besitzers der tuberkulösen Kuh an Meningitis tuberculosa starb und daß gleichzeitig eine Gravida an Mundtuberkulose erkrankte. Grätzer.

H. Rehn, Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 30.) R. stellt folgende Sätze auf:

1. Der von E. Fränkel (Hamburg) als für die Barlowsche Krankheit charakteristisch bezeichnete Röntgenbefund — tiefer Schatten an der Knochen-Knorpelgrenze der Röhrenknochen — findet sich schon in einer Epoche der künstlichen Ernährung, wo alle klassischen Zeichen der Barlowschen Krankheit fehlen.

2. Dieser Befund ermöglicht allein die Frühdiagnose, wenn Lues cong. auszuschließen ist, und ist von unschätzbarem Wert für die Behandlung, insofern es gelingt, durch sofortige Änderung der Entwickelung der hämorrhagischen Diathese, welche im wesentlichen den Morbus Barlow klinisch und pathologisch-anatomisch charakterisiert, vorzubeugen.

3. Als Frühformen haben alle Fälle zu gelten, welche die bisher sogenannten Prodromalsymptome, d. h. Widerwillen gegen die Nahrung, Erbrechen, Schlaflosigkeit und Gewichtsstillstand aufweisen.

4. Es muß daher für jeden Fall künstlicher Ernährung die fortlaufende Kontrolle durch die Röntgenuntersuchung, wo Gelegenheit dazu gegeben ist, gefordert werden.

5. Es ist endlich dringend wünschenswert, daß zukünftig bei Sektionen dem Verhalten der Knochen-Knorpelgrenze, besonders an den Prädilektionsstellen der Rippen und Unterextremitäten — bei allen künstlich ernährten Kindern eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet werde. Grätzer.

Ehrmann, Zur Kasuistik der Vaginalatresie und ihrer Begleiterscheinungen. (Therap. Monatshefte. August 1907.) Es handelte sich um einen enorm großen Hämatocolpos — es wurden etwa 4 Liter schokoladenfarbige Flüssigkeit durch Einschnitt entleert — bei einer noch recht jugendlichen ($14^1/_2$ Jahre alt!) Patientin.

Grätzer.

Levi (Stuttgart), Über Conjunctivitis catarrhalis. (Mediz. Korresp.-Blatt. 1907. Nr. 35.) Eine, auch in Stuttgart häufige, Kinder bevorzugende Form der Konjunktivitis ist die durch Pneumokokken bedingte. Sie tritt gern in kleinen Epidemien, besonders Hausepidemien auf, führt kaum zu eitriger Sekretion, sondern nur zur Absonderung von Schleim und wässeriger Flüssigkeit und klingt in wenigen Tagen ab. Es können sich diphtherieähnliche Pseudomembranen bilden, und der Abfall der Entzündung tritt manchmal direkt als Krise auf. Die Behandlung kann sich auf Borumschläge und Waschungen beschränken. Ganz eigentümlich ist, daß die Kornea so gut wie nie ergriffen wird, obwohl bekanntlich das Ulcus serpens corneae fast stets

auf Pneumokokkeninfektion aus dem Tränensack beruht. Anscheinend ist die Virulenz der Pneumokokken durch den Aufenthalt im Tränensack eine ganz andere geworden. Auch fehlt bei der Konjunktivitis der Oberflächendefekt der Kornea, ohne den die Pneumokokken nicht eindringen können.

Sommer (Mayen).

Rudolf Pfister, Statistische Beiträge zur Frage nach der Verbreitung und Ätiologie der Rachitis, (Virchows Archiv. Bd. 186. Heft 1.) P. hat an der Hand der offiziellen allgemeinen Statistik der Todesursachen sämtlicher Gemeinden des Königreichs Italien den Versuch unternommen, ob sich auf Grund dieser Angaben, für ein relativ einheitliches Material also, in einem Lande mit den verschiedensten Klimaten, ein Einblick in die Verbreitung und Ätiologie der Rachitis finden läßt. — Zunächst muß hervorgehoben werden, daß P. mit großer Kritik der Verwertbarkeit seines statistischen Materials gegenübersteht, und daß er die unvermeidbaren Fehlerquellen nach Möglichkeit durch große Zahlen auszugleichen bestrebt ist. Die Resultate sind zum Teil recht überraschende und von den gewöhnlichen Beobachtungen abweichende. Aus allen Teilen des Landes wurden Todesfälle an Rachitis berichtet, wobei unter Rachitistodesfällen in der Hauptsache die aufgeführt sind, die nicht auf eine interkurrente Erkrankung — Bronchitis, Pneumonie, Enteritis usw. — zu beziehen sind. Es ergaben sich für die einzelnen Provinzen zum Teil sehr erhebliche Unterschiede, die mit dem Klima und der Bevölkerungsdichte nicht in Zusammenhang gebracht werden konnten; ja es fand sich, daß Rachitistodesfälle in den städtischen Bezirken mit größerer Bevölkerungsdichte geringer sind, als in anderen klimatisch bevorzugten Gegenden. Ein deutlicher Einfluß der Tuberkulose ließ sich nicht nachweisen. P. kommt hier zu dem Resultate, daß die Möglichkeit nicht auszuschließen ist, daß Tuberkulose und Rachitis sich hier und da bedingen, oder der Effekt einer und derselben Ursache sein könnten. Syphilis und Malaria haben scheinbar keinen großen Einfluß auf die Rachitishäufigkeit; diese läßt sich bis zu einem gewissen Grade nur für das Potatorium — Delirium — nachweisen. — Wenn auch die Ausführungen P.s vielfach nicht recht beweisend sind, so ist doch die Art der Verwertung des statistischen Materiales, das durch zahlreiche, übersichtliche Karten gut illustriert wird, beachtenswert.

Bennecke (Jena).

Bernhard Fischer, Über ein malignes Chordom der Schädel-Rückgratshöhle (mit einem Beitrag von Steiner). (Zieglers Beiträge. 1907. Bd. 40. Heft 1. S. 109.) Der bei einem 16jährigen Gymnasiasten beobachtete Tumor machte die Erscheinungen einer Neubildung im oberen Halsmarke mit einer Metastase im Gehirn. Der Tod trat ganz plötzlich ein. Bei der Sektion, die äußerer Umstände halber nur unvollständig ausgeführt werden konnte, schien es sich um einen vom Periost des Proc. odontoides des zweiten Halswirbels ausgehenden Tumor zu handeln, der bis weit in den Hinterhauptsteil des Gehirns reichte, entsprechende Veränderungen an Gehirn und Rückenmark machte und für ein Chondrofibrom gehalten wurde. Die später vorgenommene mikroskopische Untersuchung durch

F. deckte die wahre Natur der Geschwulst auf, deren Bau und zellige Bestandteile an guten Abbildungen besprochen werden. Teils zeigte die Geschwulst den typischen Bau der Chordome, teils wies sie infiltrierendes Wachstum mit Einbruch der Tumorzellen in Venen auf. Sie ist bemerkenswert durch ihre Größe und das Fehlen des sonst stets vorhandenen Stieles. Im Ausgang von der Synchondrosis spheno-occipitalis ist auch in diesem Falle wahrscheinlich, doch kann die theoretisch denkbare Möglichkeit, daß sie entsprechend dem makroskopischen Befunde von der Halswirbelsäule aus sich entwickelt hat, nicht ganz von der Hand gewiesen werden. — Der vorliegende Fall ist der erste seiner Art. Bennecke (Jena).

Emil Raimann, Die Behandlung des geistig Minderwertigen. (Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. XXVIII. Heft 1.) Verf. bespricht zunächst die Schwierigkeiten der Definition und Abgrenzung der Minderwertigkeit, welcher als psychopathischer Zustand in den Wirkungskreis des Arztes fällt. Prophylaktisch und therapeutisch sind wichtige und ersprießliche Aufgaben zu erfüllen. Besondere Wichtigkeit für die gesamte Öffentlichkeit haben die kriminellen Elemente unter den Minderwertigen. Die Fürsorge für die jugendlichen Kandidaten des Gewohnheitsverbrechertums, für die verwahrloste Jugend im allgemeinen muß zunächst verbessert werden. Vielfach vorbildlich ist die englische und amerikanische Kriminalpolitik. Verf. verlangt keine Strafe, wohl aber Behandlung des jugendlichen Minderwertigen in den zu reformierenden Besserungsanstalten nach psychiatrisch-pädagogischen Prinzipien. Verf. verlangt schließlich eine Einengung des Begriffes der Minderwertigkeit in der forensischen Praxis, bis er sich mit dem des „geisteskranken Verbrechers" deckt; die Individuen sind als unzurechnungsfähig nicht zu bestrafen, wohl aber durch richterlichen Spruch einer Zwischenanstalt auf unbestimmte Zeit zuzuweisen und dort ihrer Eigenart entsprechend zu behandeln. Durch diesen Kompromißvorschlag glaubt Verf. speziell für die zwischen Irren- und Strafanstalt hin und her pendelnden Fälle bestens vorgesorgt und die Kontroversen zwischen den Psychiatern einerseits, einer der beiden Prozeßparteien andererseits ihrer Schärfe beraubt zu haben zum Vorteile der Rechtspflege wie des Publikums.

Kurt Mendel (Berlin).

Richter, Über eine neue Parazentesennadel. (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1907. Heft 1.) Eine Parazentesenadel mit dreikantiger Spitze anstatt des bisher üblichen Lanzenmessers. Die Vorzüge sollen sein größere Schnelligkeit und Gefahrlosigkeit(?), außerdem soll die dreieckige Perforationsöffnung einen besseren Abfluß zulassen, wie eine schlitzförmige Öffnung, und nicht so leicht verkleben.

A. Sonntag.

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

W. Pexa, Heilung eines traumatischen Tetanus bei einem Kinde durch Serumbehandlung und infantiler Pseudotetanus. (Aus der Kinderklinik von Prof. Pešina in Prag.) (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 33.) P. resümiert sich wie folgt:

I. Das Tetanusantitoxin wirkt prophylaktisch mit absoluter Sicherheit.

II. Bei der Beurteilung der Heilwirkung des Tetanusantitoxins muß man unterscheiden: den Tetanus der Erwachsenen, der Neugeborenen und des Kindesalters.

1. Beim Tetanus der Erwachsenen ist die Heilwirkung des Antitetanusserums noch strittig, wenigstens bei den gewöhnlichen Injektionsmethoden; vielleicht wird es erst durch Anwendung geeigneterer Injektionsmethoden gelingen, seine Heilwirkung zu steigern.

2. Auch beim Tetanus der Neugeborenen vermag sich die antitetanische Serotherapie nicht mit besonderen Erfolgen auszuweisen; nur existieren hier noch sehr wenige Beobachtungen.

3. Beim Tetanus des Kindesalters aber hat es den Anschein, daß sich die antitetanische Serotherapie eines Erfolges rühmen kann, und zwar schon bei subkutaner Anwendung des Serums. Es wird angegeben, daß die Mortalität des traumatischen Tetanus durch die Wirkung des Antitetanusserums bei Kindern auf 15—20 % gesunken sei.

III. Um die Frage der Wirksamkeit der antitetanischen Serotherapie im Kindesalter endgültig lösen zu können, ist es notwendig, eine größere Menge genauer Angaben zu sammeln.

IV. Hierbei ist es notwendig, vom traumatischen Tetanus den infantilen Pseudotetanus sorgfältig zu trennen, der mit dem traumatischen Tetanus überhaupt in keinem Zusammenhange stehen dürfte, der stets eine gute Prognose gibt und stets auch ohne Anwendnng der antitetanischen Serotherapie in Heilung übergeht. Grätzer.

L. Ekstein (Oberhaid), Über eine schwere, mit Masern komplizierte Keuchhustenepidemie. (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 33.) Die Epidemie zeigte wieder, daß Masern eine recht gefährliche Komplikation des Keuchhustens sind. 25 % der Kinder bekamen Bronchopneumonie mit schwerem, sehr hartnäckigem Verlauf. Sehr häufig war profuses Nasenbluten, das mit der Morbillenerkrankung auftrat, sowie starke Durchfälle. Grätzer.

P. E. Weil, L'hémostase chez les hémophiles. (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. Mars 1907.) Es gibt zwei Arten von Hämophilie: eine akzidentelle oder vorübergehende und eine familiale oder angeborene. Die Blutuntersuchungen, welche der Verf. angestellt hat, haben gezeigt, daß auch in vitro diese beiden Blutsorten sich verschieden verhalten. Bei der akzidentellen Hämophilie ist das Blut dünnflüssig, es fließt rasch und lange durch die in eine Vene hineingestochene Hohlnadel, die Zellenmorphologie und die leukozytäre Formel sind normal, die Gerinnung ist verzögert (75 Min.), das Koagulum ist solid, das Serum reichlich. Bei der familialen Hämophilie ist das ausfließende Blut klebrig, der Ausfluß erfolgt langsam und dauert wenig, man findet eine konstante Leukopedese und ein Vorwiegen der Mononuklearen. Die Gerinnung ist außerordentlich lange verzögert ($2^1/_4$—9 Stunden), das Gerinnsel ist weiß, weich, flockig und das Serum weniger reichlich.

Merkwürdig ist der Einfluß von animalem oder humanem Serum auf die erwähnten Blutsorten. Fügt man von ersterem etwa 3 Tropfen zu einer Menge von 3 ccm hämophilem Blute hinzu, so wird die Gerinnfähigkeit gleich normal und geschieht in 5—10 Minuten.

Injiziert man bei Hämophilen 10—20 ccm von normalem Blute intravenös, oder 20—30 ccm subkutan, so kann man bereits am zweiten Tage feststellen, daß die Gerinnfähigkeit desselben eine normale geworden ist und es auch wochenlang so bleibt. Bei familialer Hämophilie ist der Einfluß ein weniger ausgeprägter, aber doch ein deutlicher. Auch profuse Blutungen bei Hämophilen konnten durch Einspritzung von normalem Serum, oder in Ermanglung eines solchen von antidiphtherischem, zum Stillstande gebracht werden. W. konnte feststellen, daß Blutserum auch lokale styptische Wirkung entfaltet. Alle diese Resultate erklärt er auf die Weise, daß durch das eingespritzte Blutserum dem Blute der Hämophilen die demselben fehlenden koagulierenden Substanzen zugeführt werden. Die Methode wäre also bei unstillbaren Blutungen zu empfehlen. E. Toff (Braila).

A. Broca (Paris), Calcul vénical chez un enfant de 4 ans. (Revue prat. d'obst. et de paed. Août 1907.) Blasensteine sind bei Kindern im allgemeinen eine seltene Erscheinung, doch gibt es gewisse Gegenden Rußlands und Indiens, wo dieselben häufig beobachtet werden. Das Stellen der Diagnose ist mitunter mit Schwierigkeiten verbunden, hauptsächlich darum, weil in vielen Fällen, solange keine Zystitis zur Entwicklung gelangt ist, der Stein sehr gut vertragen wird. Besteht aber eitrige Blasenentzündung, dann tritt dieselbe in den Vordergrund; die Kinder haben starke Schmerzen in der Blasengegend, schreien beim Urinieren, reiben und ziehen an den Genitalien, um schließlich nur wenige Tropfen eines trüben Harnes zu entleeren. Hierdurch zeigt die Krankheit eine gewisse Ähnlichkeit mit der tuberkulösen Zystitis, doch sind bei derselben die Schmerzen geringer und können im späteren Verlaufe der Krankheit auch ganz fehlen. Auch blutiger Harn, welcher bei Tuberkulose der Blase häufig zur Beobachtung gelangt, begleitet nur selten die kalkulöse Blasenentzündung.

Ein weiteres wichtiges Zeichen ist das Fühlen des Steines durch das Rektum, was viel leichter gelingt, als bei Erwachsenen, wegen der geringen Entwicklung der kindlichen Prostata. Man hat das Gefühl eines harten Körpers, welcher unter dem Finger weggleitet, oder bei stärkerer Entwicklung, auch bimanuell touchiert werden kann.

Oft findet man in der Anamnese von Kindern, welche an Blasenstein leiden, Zeichen, die auf das frühere Vorhandensein von Nierensteinen hindeuten. Es ist dann anzunehmen, daß der vorhandene Blasenstein aus der Niere eingewandert ist.

Bezüglich der Zusammensetzung kann gesagt werden, daß es sich bei Kindern, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, um Oxalatsteine handelt, während bei Erwachsenen die Uratsteine vorherrschen. Infolgedessen sind auch die bei Kindern vorkommenden Steine sehr leicht durch die Röntgenuntersuchung zu finden, während bei Er-

wachsenen, infolge der Durchsichtigkeit der Uratsteine dies nicht immer der Fall ist.

In operativer Beziehung zieht der Verf. den hohen Blasenschnitt mit sofortiger Vereinigung der Blase durch fortlaufende Katgutnaht in zwei Etagen, Drainierung des prävesikalen Raumes und Verweilsonde für die ersten 3—4 Tage nach der Operation vor. E. Toff (Braila).

G. H. Lemoine (Paris), Auscultation du sommet du pouon chez les jeunes soldats. Anomalies respiratoires. (La presse médicale. 1907. Nr. 10.) Ausgehend von der Lehre Granchers, derzufolge eine fixe und persistierende, abnorme Inspiration an einer Lungenspitze ein Zeichen von beginnender Tuberkulose sei, hat L. eine größere Anzahl von Rekruten diesbezüglich untersucht und ist zu folgenden Schlüssen gelangt.

In auskultatorischer Beziehung sind sowohl die Supra- und Infraklavikulargruben, als auch die Achselhöhle wichtig und ist deren genaue Untersuchung anzuempfehlen. In normalem Zustande ist das Inspirationsgeräusch der rechten Lungenspitze stärker als das der linken, eine persistierende Abschwächung desselben muß also als verdächtig angesehen werden. Es gibt aber Fälle, die normale Inspiration der rechten Lungenspitze darbieten, welche aber eine rauhe und viel tiefere Inspiration der linken Seite haben. Bei anderen wieder ist außerdem auch das Exspirium unter dem Schlüsselbeine verlängert.

Wenn auch die jungen Leute, welche derartige Zeichen darbieten, nicht ohne weiteres vom Militärdienste zu befreien sind, so muß doch die bei der Inkorporierung festgestellte Atmungsanomalie verzeichnet und dieselben für die weitere Folge in genauer Beobachtung gehalten werden. Die Erfahrung lehrt, daß bei vielen das Militärleben gradezu günstig einwirkt, das Körpergewicht zunimmt und auch sonst keinerlei Krankheiten auftreten. Bei anderen wieder, namentlich bei solchen mit hereditärer Belastung, sind leichte Erkältungen oder Überanstrengungen genügend, um den Allgemeinzustand zu verschlimmern. Dies würde schon die Ausmusterung rechtfertigen und würde es nicht notwendig sein, das wirkliche Ausbrechen der Tuberkulose abzuwarten.

E. Toff (Braila).

G. A. Petrone et **Aurelio Pagano** (Naples), La fonction protectrice du foie contre les substances toxiques intestinales. Recherches expérimentales. (La presse médicale. 1907. Nr. 13.) Die Verff. haben experimentelle Untersuchungen angestellt, um die Rolle festzustellen, welche die Leber in der Bekämpfung der vom Darme aus in die Blutbahn eindringenden Toxine spielt. Zu diesem Behufe wurden bei Kaninchen Einspritzungen von wäßrigem Fäkalextrakte (hergestellt aus dem Darminhalte magen-darmkranker Kinder) in eine periphere Vene vorgenommen und gleichzeitig eine ebensolche Einspritzung in eine Mesenterialvene eines Kontrolltieres gemacht. In dem ersteren Falle war nur der antitoxische Einfluß des Blutes, in dem zweiten auch derjenige der Leber im Spiele. Es zeigte sich, daß jene Tiere, denen man die Einspritzungen in eine Mesenterialvene gemacht hatte, viel geringere Krankheitssymptome darboten, als die anderen.

Aus den Resultaten ihrer Untersuchungen, welche im Original näher nachgelesen werden sollten, ziehen die Verff. den Schluß, daß

die antitoxische Einwirkung der Leber gegenüber den Darmtoxinen eine unzweifelhafte ist. Es kann also nicht angenommen werden, wie dies von manchen Autoren behauptet wurde, daß diese Wirkung ausschließlich der Darmwand, bzw. dem Lymphsysteme derselben zugeschrieben werden muß, obwohl die Tätigkeit derselben nicht geleugnet werden kann. Eine weitere antitoxische Wirkung kommt dem Blutserum und den im Blute zirkulierenden Leukozyten zu.

E. Toff (Braila).

Marcel et **Henri Labbé,** Les dangers de la suralimentation habituelle. (La presse médicale. 1907. Nr. 14.) Die Verff. heben hervor, daß man im allgemeinen zuviel ißt, namentlich ist die Menge des Fleisches, welche angeführt wird, eine viel zu große. Hierdurch werden verschiedene krankhafte Erscheinungen bewirkt, wie Dyspepsie, Darm- und Lebererkrankungen, Fettsucht, Diabetes und Arthritismus. Eine Hauptregel für die Nahrungshygiene ist also, vor der gewöhnlichen Überernährung zu warnen. In dieser Beziehung muß schon den Kindern die nötige Belehrung erteilt werden. Man soll dieselben nicht zuviel stopfen und gefräßige Kinder an ein richtiges Maß der Nahrung gewöhnen. Auch heute ist der alte hippokratische Satz richtig, daß, um gesund zu sein, man immer bei Appetit bleiben muß. Auch die Anzahl und die Verteilung der Mahlzeiten muß geregelt werden. Die in England üblichen vier Mahlzeiten täglich sind vom hygienischen Standpunkte am meisten zu empfehlen. E. Toff (Braila).

A. Fallas, Einige Fälle von Stenose des äußeren Gehörganges. (Presse otolaryngologique Belge. 1907. Nr. 6.) Von den auf der Jahresversammlung der belgischen otologischen Gesellschaft (Juni 1907) von F. mitgeteilten Beobachtungen ist die erste darin erwähnenswert, daß sich in diesem Fall die nach ausgedehnter Resektion des knöchernen Gehörganges entstandene Stenose bloß unter dem Einfluß der Ruhe spontan in dem Maße zurückgebildet hatte, daß eine Inspiration der ganzen epidermisierten Operationshöhle wieder möglich war. Ende März 1905 war die Stenosierung eine nahezu vollständige. Danach entzog sich die Pat. der Beobachtung und ließ sich erst einige Tage vor dem Beginn der Jahresversammlung bei F. sehen, der auf eine völlige Gehörgangsstenose gefaßt war. Um so größer war sein Erstaunen über den spontanen Rückgang der Stenose, ein Vorgang, der, wie F. bemerkt, bereits einige Male beschrieben worden ist.

H. Netter (Pforzheim).

A. Fallas, Keloide des Ohrläppchens. (Presse otolaryngologique Belge. 1907. Nr. 6.) Die Vorstellung des jungen Mädchens geschah auf der Jahresversammlung der belgischen otologischen Gesellschaft im Juni 1907. F. erbat die Meinung des Auditoriums hinsichtlich der Zweckmäßigkeit einer elektrolytischen Behandlung, nachdem 25 Injektionen von Fibrolysin ohne den geringsten Effekt auf die immer wiederkehrenden Rezidive geblieben waren. Das Mädchen hatte in seiner Kindheit epileptische Anfälle gehabt. Man hatte ihm darum die Ohrläppchen durchstochen. Um die Stichöffnung herum entwickelten sich bald kleine, von gesunder Haut bedeckte, ganz schmerzlose Prominenzen, die ein Tragen von Ohrringen verhinderten.

Im 14. Jahre wurden auf ärztlichen Rat abermals ein Kanal durch die Knötchen gebohrt, die daraufhin ganz beträchtlich sich vergrößerten. 1905 wurden sie abgetragen, das Rezidiv ließ nicht lange auf sich warten und so wurde Februar 1906 ein neuer chirurgischer Eingriff vorgenommen. Im März 1907 stellte sich das Mädchen bei F. vor mit zwei haselnußgroßen, knorpelharten, höckerigen Tumoren der Ohrläppchen. Zu gewissen Zeiten sind diese Tumoren der Sitz eines heftigen Pruritus. H. Netter (Pforzheim).

G. E. Price, Ein ungewöhnhliches Symptom der Chorea. (New-York medical Journal. 27. April 1907.) Übermäßige Speichelabsonderung ist eine Erscheinung, die im Verlaufe verschiedener, mit ausgesprochen motorischen Störungen einhergehender Erkrankungen nicht selten angetroffen wird, z. B. bei der Lyssa und bei der Paralysis agitans. In den klassischen Beschreibungen der Chorea hat Verf. das genannte Phänomen nicht erwähnt gefunden und darum gibt er von drei solchen Fällen genauere Mitteilung. Zunächst von einem 12jährigen Knaben, der seit mehreren Monaten an einer schweren Chorea mit Beteiligung der Gesichtsmuskeln und Dysphagie erkrankt war, dem der Speichel beständig aus dem Mund floß. Unter geeigneter Behandlung ließen die choreatischen Bewegungen in etwa $1^1/_2$ Monaten nach und zugleich auch verschwand die Speichelabsonderung. Nach diesem ersten Fall hat Verf. dieses Symptom seitdem noch in zwei anderen Fällen von Chorea angetroffen, bei zwei jungen Mädchen, die beide ein systolisches Geräusch an der Herzspitze hatten. In allen drei Beobachtungen handelte es sich um ein Rezidiv schwerer Chorea. Das fragliche Phänomen scheint rein mechanischen Ursprungs zu sein, indem die Kontraktionen der Zunge und der Kaumuskeln eine Hyperfunktion der Speicheldrüsen hervorrufen. Während zugleich die Beteiligung der Zunge, der Kiefer, des Gaumensegels und des Pharynx an den choreatischen Bewegungen die Deglutition derart hindern, daß der Speichel beständig aus dem Munde fließt.

H. Netter (Pforzheim).

Irving S. Haynes, Angeborener Mangel des Wurmfortsatzes und eitrige Pelveoperitonitis bei einem Knaben. (American Journal of Surgery. 1907. Vol. XXI. Nr. 5, Mai. S. 149.) Ein 14jähriger Knabe erkrankte nach einem sportlichen Exzeß im Schlittenfahren (der besonders gebaute, eine steile Anhöhe hinuntersausende Schlitten warf den auf dem Bauch Liegenden erst 3—4 m in die Luft, bevor der Betreffende wieder auf den Schlitten zu liegen kam) an heftigen krampfartigen Leibschmerzen, Fieber und schwerem allgemeinem Kranksein. Beide Beine wurden gebeugt gehalten; Zeichen von Peritonitis, kein Erbrechen. Bei der Operation findet man keinen Appendix; an der Stelle des Organes findet sich eine kleine Fettmasse, $2^1/_2$ cm lang, ohne eine Spur von Darmstruktur, aber versehen mit einem kleinen besonderen Mesenterium mit einer kleinen Arterie. Die Nähe der Valvulva ileo-coecalis, die avaskuläre Trevessche Falte ließen keinen Zweifel an der Natur dieses Rudiments. In der Nachbarschaft desselben war die Coecalwand nahezu einen Zoll lang gerötet. Das Rudiment wurde abgetragen. Gegen die Mediallinie hin waren die Därme miteinander verklebt. Bei Lösung der Ver-

klebungen gelangte man in eine Höhle, aus der sich ca. 100 g dicken, fötiden Eiters entleerten. Drainage, Heilung. Diese Pelveoperitonitis war völlig unabhängig von der rechten Darmbeingrube. Verf. führt sie vielmehr auf eine Passage der Darmbakterien durch die Darmwand zurück, die durch den sportlichen Exzeß gequetscht worden war. Verf. weist auf das seltene Vorkommen eines fehlenden Wurmfortsatzes hin (von 6 Fällen sind 3 anatomische Befunde, 3 wurden gelegentlich der wegen supponierter Appendizitis vorgenommenen Operationen konstatiert) und zitiert einige dieser Beobachtungen.

H. Netter (Pforzheim).

Marshall, Hämaturie auf Natrium salicylicum in medizinaler Dosis. (Lancet. 2. Febr. 1907. Bd. I.) 10jähiges Mädchen wegen akutem Gelenkrheumatismus und Endokarditis in das Hospital aufgenommen. Je 4 Tage erhält die Kranke 75 cg Natr. salicylicum, mit 1,50 g Natr. bicarbonicum stündlich. Darauf stellen sich Delirien und Erbrechen ein. Man suspendiert Salizyl aus, das Delir verschwindet. Am 8. November Wiederbeginn der Schmerzen — in 2 Tagen erhält die Kranke 35 cg Natr. salicyl. 3 mal täglich. Erbrechen ohne Delir, aber der Urin ist bluthaltig. Am 11. November Aussetzen des Salizyls. Bis zum 15. November ist die Hämaturie verschwunden und der Urin enthielt nunmehr weder Blut noch Eiweiß. Während der Hämaturie bestanden Schmerzen links, ähnlich denen einer Nierenkolik. Zugleich mit dem Aussetzen des Salizyls verschwanden die Schmerzen. Die Hämaturie war in diesem Falle nach sehr geringen Dosen Salizyl eingetreten. H. Netter (Pforzheim).

L. B. Rawling, A case of sarcoma of the scapula in a child aged 4 years, with potes on sarcome in the bones of young children in general. (Lancet. 9. Febr. 1907.) Im Anschluß an die Mitteilung eines eigenen Falles gibt Verf. eine tabellarische Übersicht über 23 Fälle von Knochensarkomen bei jungen Kindern, eine relativ seltene Erkrankung bei diesen. Heredität scheint keine große Rolle zu spielen, das Trauma aber, die Ausnahme als die Regel, das Alter unwesentlich. Knaben zeigen eine stärkere Disposition wie Mädchen (3 : 2), kein Teil des Knochensystems bleibt verschont von der primären sarkomatösen Invasion, aber gewisse Knochen zeigen eine besondere Reizung; unter diesen seien genannt die Schädelknochen, speziell der Frontal- und Orbitalregion, die Femurknochen, namentlich das untere Ende, die Skapula und der Oberkiefer. Alle histologischen Formen des Sarkoms kommen vor, die Rundzellenform ist die häufigste. Fast in allen Fällen sind die Tumoren hochgradig bösartig, die Nachbarschaft und die korrespondierenden Lymphdrüsen werden frühzeitig befallen. Metastasen sind gewöhnlich. Zirka die Hälfte der Fälle sind von vornherein inoperabel. H. Netter (Pforzheim).

A. Nazari, Die bronchiektatische Form der Masern-Bronchopneumonie und die chronische Bronchiektasie der Erwachsenen. (Il Policlinico. 1907. Sezione medica. Bd. XIV. Heft 5.) Im Verlaufe der Masern kann man zuweilen akute Dilatation der Bronchien und noch häufiger vielleicht Bronchopneumonien beobachten, die inmitten disseminierter Herde noch wenig entwickelte

bronchiale Erweiterungen zeigen, ohne daß letztere bereits zu besonderen klinischen Erscheinungen geführt hätten, deren Existenz vielmehr intra vitam völlig unerkannt geblieben war. Im allgemeinen handelt es sich in solchen Fällen um eine mehr oder weniger vollständige Zerstörung der Bronchialwand durch einen peribronchialen, miliaren Abszeß. N. gibt Beobachtungen wieder, bei denen fast sämtliche Bronchien bis zur Peripherie der Lunge stark erweitert waren; das in infolge der Wandzerstörung klaffende Lumen war mehr oder weniger von einer weißgrauen, mit den benachbarten, peribronchialen Herden kommunizierenden Masse angefüllt. Histologisch unterscheiden sich diese Fälle von den gewöhnlichen infantilen Bronchopneumonien durch die große Menge Fibrin, welche die Bronchialwände enthalten und durch die mehr oder minder vollständige Zerstörung dieser Wände, deren Muskel- und elastische Fasern unterbrochen oder von Leukozyten infiltriert sind. Diese akute bronchopneumonische Dilatation der Bronchien ist es, die zur Entstehung der chronischen Bronchiektasie der Erwachsenen den Anlaß gibt. Der präzise Nachweis dieses, von mehreren Autoren bereits betonten Zusammenhanges ist schwierig bei Personen, die, wie dies ziemlich oft der Fall ist, nahe an 50 sind. N. hatte Gelegenheit, 3 Kranke mit Bronchiektasie zu beobachten, von denen einer als tuberkulös betrachtet worden war. Diese Pat. gingen im Alter von 16, 25 und 28 Jahren an zunehmender Kachexie zugrunde, die verursacht war durch die Bronchiektasie; bei allen 3 gingen die ersten Symptome bis auf die Zeit zurück, wo eine durch Bronchopneumonie komplizierte Masernerkrankung überstanden worden war. Welches auch der intimere Mechanismus der progressiven, in langem Intervall auf die primäre Bronchopneumonie folgenden Bronchiektasie sein mag, es besteht nach N. gleichwohl ein enger Zusammenhang zwischen bronchiektatischer Form der akuten Masernbronchopneumonie und der gewöhnlichen Form der Bronchiektasie der Erwachsenen. H. Netter (Pforzheim).

Domingo Prat, Zwei Fälle von Akkommodationslähmung infolge von Karbolintoxikation bei zwei an Hydatidenzysten der Leber operierten Kindern. (Archivos latino-americanos de pediatria. Februar 1907.) Im ersten Fall handelt es sich um ein 10jähriges Kind. Wenige Tage nach der Operation kam es zu einem Erysipel der Wunde, der Boden der letzteren bedeckte sich mit einem dicken, grauen Exsudat. Da Irrigationen mit Wasserstoffsuperoxyd das Aussehen der Wunde nicht besserten, wurden Karbolspülungen gemacht, erst 2%, dann 1%. Die lokalen Erscheinungen verschwanden nach und nach, aber im Laufe der Behandlung klagte das Kind eines Tages über Schmerzen in den Augen und über schlechteres Sehen; beim Lesen trübte sich der Blick und die Schriftzeichen wurden verschwommen, näherliegende Gegenstände konnten nach Betrachten weiter entfernt liegender nicht erkannt werden. Ein Ophthalmologe konstatierte schließlich eine Akkommodationslähmung. Hierauf wurden die Spülungen mit Karbol, die bereits ca. 2 Monate hindurch fortgesetzt worden waren, aufgegeben. 3 Wochen später war die Lähmung geheilt. Der zweite, ein 6jähriges Kind betreffende Fall gleicht dem ersten nahezu völlig. Hier kam es zu einer sehr raschen Heilung der

Akkommodationslähmung, nur wurde hier die Rekonvaleszenz durch die Bildung einer pulmonären Hydatidenzyste unterbrochen, die durch Erbrechen zur Entleerung kam. H. Netter (Pforzheim).

E. Páncrél, Zwei Fälle von diphtherischer Paralyse mit Heilserum geheilt. (Orvosi Hetilap. 1907. Nr. 10.) Beide zeigten schwere Symptome der diphtherischen Lähmung, besonders eines der Kinder, bei dem eine totale Schlundlähmung, Paralyse der Abducentes, Accessorii und Faciales und später Atonie fast sämtlicher Muskeln eintrat. Nach 2 maliger Anwendung von je 6000 Einheiten des Preiszschen Serums trat schnelle und konstante Besserung ein.

Ernö Deutsch (Budapest).

A. Doctor, Ammenvermittlung durch Ärzte und Institute. (Gyògyàscat. 1907. Nr. 10.) Das Ammenwesen ist eine Sünde vom sozialen und moralischen Standpunkte gegen die Kleinen des Proletariates. Es ist verwerflich, wenn der Arzt dem Säugling des Reichen eine Amme empfiehlt, ohne für das Kind der Amme zu sorgen. Wenn eine Amme nötig ist, nehme man eine Frau, die zwei Kinder zu säugen vermag, samt ihrem eigenen Säugling ins Haus.

Ernö Deutsch (Budapest).

Lezin, Beitrag zur Hämophilie. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 52.) Nach Anführung diesbezüglicher Ansichten Virchows, Birch-Hirschfelds, Eichhorst, Landois und anderer Forscher kommt Verf. zum Schlusse, daß die Hämophilie eine Erkrankung des Blutes darstellt, auf dem Verluste oder starken Verminderung der Gerinnungsfähigkeit basierend, und daß die Veränderungen der Blutgefäße erst sekundärer Natur sind. Die Wunden der Bluter haben ein charakteristisches Gepräge, sie sind blaßblau verfärbt, ödematös geschwollen, ohne Blutgerinnsel. Gabel.

Ponomareff, Winckelmanns radikale Hydroceleñoperation. (Russkij Wracz. 1907. Nr. 2.) Nach Erfahrungen, die Verf. an 20 — modo Winckelmann — operierten Fällen gesammelt hat, werden folgende Schlüsse gezogen:

Die Operation ist angezeigt

1. bei nicht allzu großen, den Processus vaginalis nicht einnehmenden Hydrocelen, welche dadurch eine Eiform besitzen, und nicht zylinderförmig sind, denn letzterenfalls kann nach Hodenluxation leicht ein mit nicht umgestülpter Tunica serosa bekleideter Divertikel zu einem Rezidiv Anlaß geben;

2. bei Fehlen in der Tunica serosa oder des umgebenden Zellgewebes eines Hindernisses beim Umstülpen;

3. bei jungen Personen. Gabel.

Finkelstein, Ileus hervorgerufen durch Anwesenheit des Meckelschen Divertikels. (Russkij Wracz. 1907. Nr. 1.) Im ersten Fall geschah die Inkarzeration in einer künstlichen Öffnung, die durch das Anwachsen des 10 cm langen Divertikels an das Mesenterium gebildet wurde; die Inkarzeration dauerte 3 Tage, die Schlinge war nekrotisch, der Exitus erfolgte 2 Stunden nach der Operation. Im zweiten Fall war das 8 cm lange Divertikel an die vordere

Bauchwand angewachsen; um dieses Schnürchen wickelte sich eine Dünndarmschlinge; bei der Operation wurde zwischen zwei Klemmen das Schnürchen durchtrennt, die Strangulation gelöst. Vollkommene Heilung. Gabel.

van Loghem, Die ätiologische Diagnostik von Typhus und Paratyphus. (Nederl. Tyschr. v. Geneeskunde. 1907. Bd. I. S. 188.) Weil diese beiden Erkrankungen in ihren klinischen Erscheinungen, dem anatomischen Befunde, dem Krankheitsverlauf und in der Therapie keine wesentlichen Unterschiede ergeben, ist für den Kliniker und praktischen Arzt eine ätiologische differentielle Diagnostik von keiner praktischen Bedeutung.

Ganz anders gestaltet sich die Sache für den Epidemiologen, der bei einer eventuellen Epidemie nach den Brunnen der Infektion fahndet, und wozu eine ätiologische Diagnostik nötig ist.

v. L. hat sich nun die Frage gestellt, ob in Holland Fälle von Paratyphus oft genug vorkommen, um bei eventueller Typhusepidemie auch mit der Möglichkeit eines Paratyphus rechnen zu müssen.

In den 15 darauf untersuchten Typhusfällen konnte im Blute 6 mal der Typhusbazillus und 3 mal der Paratyphusbazillus gezüchtet werden. Er fand weiter, daß die ätiologische Differentialdiagnostik zwischen Typhus und Paratyphus, die Agglutinationsversuche nicht nur des Typhusbazillus, sondern auch anverwandter Mikroben agglutiniert werden. Für die Agglutinationsversuche erwies sich Fickers Reagens als sehr empfehlenswert, weil die Erfolge mit ihm oft besser waren als mit lebenden Bazillen. Graanboom.

Henkes, Blutstillung nach Tonsillotomie. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1907. Bd. I. S. 265.) Bei hartnäckiger Blutung nach Tonsillotomie macht H. mit gutem Erfolg Gebrauch von Agraffen (Fabrikant Schmeink in Amsterdam), die er für diesen Zweck hat machen lassen. Diese Agraffen sind etwas größer als die in der Chirurgie allgemein gebräuchlichen. Sie werden mit Hilfe eines speziellen Forceps so eingebracht, daß vordere und hintere Gaumenbögen zusammengeheftet werden. Durch eine andere, auch für diesen Zweck speziell konstruierte Zange, werden die Agraffen bequem entfernt. Graanboom.

Steensma, Untersuchung von Fäzes auf Urobilin. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1907. Bd. I. S. 275.) S. gibt eine einfache Methode an, um Urobilin und Urobilinogen in Fäzes zu konstatieren.

Man verreibt in einem kleinen Mörser ein wenig der Fäzes mit absolutem Alkohol. Diese Mischung wird filtriert und dem Filtrate ein paar Tropfen einer wäßrigen (10 $^0/_0$ igen) Chlorzinklösung zugesetzt. Eine auftretende Fluoreszenz weist auf anwesendes Urobilin hin, welches weiter noch spektroskopisch festgestellt werden kann. Tritt die Fluoreszenz nicht auf, dann werden einige Tropfen Tinct. Jodi (ein Tropfen pro 10 ccm Flüssigkeit) zugesetzt, um das Urobilinogen in Urobilin umzusetzen.

Mit dieser Methode hat sich nun ergeben, daß in den ganz frischen Fäzes niemals Urobilin vorkommt, aber wohl das Urobilinogen. Sobald aber die Fäzes, oder ihr alkoholisches Extrakt einige

Stunden stehengeblieben sind, ist aus dem Urobilinogen das Urobilin entstanden und nachzuweisen.

Die normale Farbe der Fäzes darf also nicht, oder wenigstens nicht hauptsächlich, dem Urobilin zugeschrieben werden. Graanboom.

van Stockum, Ein Fall von Echinococcus der Lunge. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 738.) S. beschreibt einen Fall von Echinococcus der Lunge bei einem Mädchen von 14 Jahren.

Physische Erscheinungen von rechtsseitigem Pneumothorax. Herz nach links disloziert. Die Probepunktion ergab seröse Flüssigkeit. Es wurden dann an der Hinterseite 300 ccm seropurulente Flüssigkeit abgezapft.

Eine zweite Aspiration an der Vorderseite ergab 1500 ccm seröse Flüssigkeit, in welcher Scolices von Taenia echinococcus gefunden und somit die Diagnose sichergestellt wurde.

Bei der Operation nach Posadas fand sich ein Echinococcus in dem Mittellappen der rechten Lunge. Nach 3 Monaten wurde das Mädchen völlig hergestellt entlassen. Graanboom.

Cornelia de Lange, Beitrag zur Kenntnis der sublingualen Produktion. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1164.) L. kommt, auf Grund von zwei Beobachtungen an Amsterdamer Säuglingen, zu dem Resultat, daß die sublinguale Produktion nicht eine Rassenkrankheit ist, wie dies von anderer Seite behauptet worden ist.

In einem der beiden Fälle wurde der Tumor behufs mikroskopischer Untersuchung exzidiert, und diese ergab, daß das Geschwülstchen aus Epithel und Bindegewebe bestand. Es war Pflasterepithel, überall hypertrophisch, mit Ausläufern im Bindegewebe. Dieses war sehr reich an Spindelzellen. Es bestand keine Koagulationsnekrose, und es wurden kleine Schleimdrüsen gefunden.

L. ist der Meinung, daß der Namen Fibrom, durch Callari und Philipson der Geschwulst gegeben, nicht richtig ist, und daß der Name „sublinguale Produktion“ vorzuziehen ist. Graanboom.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein rheinisch-westfälischer Augenärzte.

Sitzung vom 16. Juni 1907 in Bonn.

Hummelsheim (Bonn) sprach zum Schluß der Versammlung über die **diagnostische Bedeutung der Augensymptome bei Morbus Barlowii.**

Innerhalb kurzer Zeit wurden ihm vier kleine Kinder in die Sprechstunde gebracht, bei denen die Erscheinungen seitens der Augen, nämlich ein- bzw. doppelseitiger Exophthalmus mit Suffusion der Lider, so sehr das Krankheitsbild beherrschten, daß von seiten der Eltern lediglich eine Augenerkrankung angenommen wurde, die vermutungsweise auf eine unbeachtete Verletzung der Umgebung der Augen zurückgeführt wurde.

H. konnte bei den Kindern eine allgemeine Ernährungsstörung nachweisen mit den typischen Symptomen der Barlowschen Krankheit. Alle vier Kinder erhielten ihre Milch aus der Bonner städtischen Säuglingsmilchanstalt, wo die Milch zehn Minuten in Wasserdampf von 120° erhitzt worden war. — Zu gleicher Zeit wurden in der Universitäts-Kinderpoliklinik sechs weitere Fälle von Morbus Barlowii behandelt, die aus derselben Quelle ernährt wurden, mit den für Barlow charakteristischen Symptomen, jedoch ohne Augenerscheinungen.

Nach wesentlicher Reduzierung des Hitzegrades bei der Sterilisation und Änderung der Diät trat bei allen bald Heilung ein.

H. betont mit Recht, daß die Lehrbücher der Kinderheilkunde die genannten Augenveränderungen wohl angeben, aber nicht unter den für die Diagnose wichtigen Symptomen.

Hierzu möchte ich noch aus der seinerzeit an den Vortrag Heubner in der Berliner mediz. Gesellschaft im März 1903 sich anschließenden Diskussion folgendes herausgreifen: Als ein Lieblingssitz für die subperiostalen Blutungen wird auch die Orbita bezeichnet, wo die Blutung das sehr markante Symptom der Barlowschen Krankheit, den Exophthalmus, hervorruft. Wenn Kinder schreien — und sie schreien viel bei dieser schmerzhaften Krankheit —, so kommt es zur venösen Hyperämie am Kopfe, und manchmal prominieren dabei schon normalerweise infolge praller Füllung der Orbitalvenen die Bulbi leicht. Bei einem an dieser mit hämorrhagischer Diathese einhergehenden Affektion leidenden Kinde genügt wahrscheinlich oft gar nicht so heftiges Schreien, um die Gefäße zur Ruptur zu bringen. M. Cohn erzählt ein derartiges Erlebnis: Ein Kind mit Barlowscher Krankheit wird in die Sprechstunde gebracht; beim Entkleiden und Untersuchen beginnt es zu schreien, und es entsteht ganz plötzlich eine starke Protrusion des rechten Bulbus! Sommer (Mayen).

---

79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden

15.—21. September 1907.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Allgemeine Versammlungen.

W. Hempel (Dresden): **Die Behandlung der Milch.** (Mit Lichtbildern.) Dem Mediziner, der sich für die in letzter Zeit so vielfach erörterte Frage der Gewinnung steriler Milch interessiert, brachte der Vortrag in seinem medizinischen Teil wenig Neues. Trotzdem konnte auch er aus der Darstellung der vielen technischen Fragen bei der Behandlung der Milch viel Lehrreiches entnehmen:

In Deutschland werden 19 Milliarden Liter Kuhmilch im Werte von 1700 Millionen Mark und 60 Millionen Liter Ziegenmilch im Werte von 90 Millionen Mark produziert. Auffallend ist die Tatsache, daß trotz der Preissteigerung aller übrigen Nahrungsmittel der Preis der Milch im allgemeinen seit Jahren der gleiche blieb. Es scheine von Bedeutung, den Milchproduzenten, die bei sorgfältiger Behandlung der Milch größere Unkosten haben, höhere Preise zu gewähren. Die Jahrzehnte hindurch herrschende Ansicht, daß man durch geeignete Verdünnung der Kuhmilch eine der Frauenmilch gleichwertige Milch darstellen könne, hat sich nach neueren Forschungen als völlig falsch erwiesen. Die Mutterbrust ist durch nichts anderes ersetzbar. Bei den Untersuchungen der Milch gesunder Kühe haben sich so große Schwankungen in der Zusammensetzung ergeben, daß man bei Angabe eines gleichbleibenden Verdünnungsverhältnisses Milch ganz verschiedener Zusammensetzungen erhalten muß. Auch das lange Zeit als einwandfrei angenommene Verfahren, die Milch zwecks Sterilisierung zu kochen, ist von Nachteil. v. Behring wies nach, daß die mit gekochter Milch aufgezogenen Kälber minderwertig waren. Das Kochen der Milch befreit die Milch zwar von den meisten pathogenen Keimen, zerstört aber auch ihre Fermente. In Verdauungsversuchen wurde festgestellt, daß 11% der Albumine, bei der momentan auf 100° erhitzten Milch 18%, bei der zweimal kurz aufgekochten Milch 30% unverdaut bleiben. Der Albumingehalt von 0,4% wird durch 5 Minuten langes

Kochen auf 0.1 % herabgesetzt. Die rohe Milch hemmt das Wachstum von Cholera- und Typhusbakterien. Dabei zeigen sich die verschiedenen Milchsorten von verschieden starker bakterizider Kraft. Die am geeignetsten für die Kinderernährung erscheinende Eselsmilch ist für allgemeine Verwendung zu teuer, von den Kuhrassen hat sich die ostfriesische als diejenige erwiesen, die eine Milch mit der größten bakteriziden Eigenschaft produziert. Schon ein Erhitzen auf 60° zerstört die bakteriziden Eigenschaften der Milch vollständig, ebenso ein Zusatz von 0,01 % Wasserstoffsuperoxyd. Die bis auf 170° Kälte ausgedehnte Abkühlung hebt die bakterientötende Kraft nicht auf. Bei Filtration bleibt der bakterizide Körper im filtrierenden Tonkörper, bei Kaseinfällung in der Flüssigkeit.

Da also die rohe Milch zweifellos als die geeignete Kindernahrung erscheint, ist von größter Wichtigkeit, daß sie in geeigneter Weise gewonnen und ohne Veränderung erhalten bleibt. Das letztere kann nur durch Abkühlung erreicht werden. Gefrierversuche zeigten, daß bis zu 4 Wochen keine Veränderung in der aufgetauten Milch eintrat. Nach diesem Zeitpunkt fiel das Kasein aus. Mit größter Sicherheit läßt sich gekühlte Milch 14 Tage lang unverändert erhalten. Da die Kuhhaltung auf dem Lande zur Gewinnung von Milch der in der Stadt vorzuziehen ist, handelt es sich darum, nach dem Vorbild amerikanischer Verhältnisse die Milch gekühlt zu versenden. Das geschieht durch Aufpacken von Eis auf die Gefäße oder durch Versenden in besonders eingerichteten Kühlwagen. Es wäre aber noch empfehlenswerter, wenn die Eisenbahnverwaltungen sich entschließen könnten, die technisch einfachen Gefrierwagen einzuführen, die bei gleichzeitiger Verwendung für Fleisch und sonstige Nahrungsmittel keine größeren Unkosten beanspruchen würden.

Zum Schluß bespricht der Vortr. die bekannten Forderungen bei der Milchgewinnung: Möglichst tägliche Weide, tägliche Reinigung der Kühe, Einrichtung besonderer Melkräume, sorgfältige Reinigung des Euters, wobei reines Wasser und reine Tücher genügen. Von Vorteil ist die Besorgung des Melkgeschäftes durch Frauen, da diese im Durchschnitt reinlicher seien als Männer. Bei der Aufbewahrung ist zu beachten, daß die Milch beim Stehen sehr bald in Schichten verschiedenen Fettreichtums zersetzt wird. Daher empfiehlt es sich, in dem Gefäße Vorrichtungen anzubringen, die eine gut durchgemischte Milch zu entnehmen gestatten.

Abteilung für Kinderheilkunde.

Sitzung am 16. September 1907.

Vorsitzender: Flachs (Dresden).

v. Ranke (München) gibt einen Überblick über die Entwickelung der Kinderheilkunde bis zur Gründung der Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Escherich (Wien) beglückwünscht Rauchfuß (Petersburg) zum 50jährigen Amtsjubiläum.

S. Yanase (Japan): **Epithelkörperbefunde bei galvanischer Übererregbarkeit der Kinder.** Bei 34 % zur Sektion gelangter Kinder (vornehmlich Säuglinge) fanden sich Blutungen bzw. deren Residuen in den Epithelkörperchen, die wahrscheinlich auf den Geburtsakt zurückzuführen sind. Von 13 Fällen mit normaler elektrischer Erregbarkeit zeigte keiner Blutungen, von 22 Fällen anodischer Übererregbarkeit 12 (61 %), von 2 Fällen klinisch manifester Krampfformen 2 (100 %). Der Autor zieht den Schluß, daß die Blutungen in die Epithelkörper die der Entgiftung des Organismus dienende Funktion derselben schädigen und dadurch die Disposition des tetanoiden Zustandes erzeugen.

Escherich (Wien): **Kenntnis der tetanoiden Zustände des Kindesalters.**[1]) In der Diskussion mahnte Soltmann (Leipzig) zur Vorsicht in bezug auf die Deutung der Beziehungen von Epithelkörperchenblutung und Tetanie. Er will Tetanie und Spasmophilie absolut getrennt wissen und vertritt seine Einteilung der Eklampsie. Escherich (Wien) bespricht im Schlußwort die tetanoiden Erscheinungen im Verlauf anderer Krankheiten.

Hohlfeld (Leipzig): **Säuglingstuberkulose.** Unter Demonstration von Präparaten werden die Heilungsvorgänge bei der Säuglingstuberkulose besprochen.

---

[1]) Wird in einem besonderen Referat behandelt werden.

C. v. Pirquet (Wien): **Diagnostische Verwertung der Allergie.** Die Allergie, die Änderung der Reaktionsfähigkeit, welche der Organismus dadurch erfährt, daß er eine Infektion durchmacht, läßt sich bei einer Anzahl von Krankheiten als diagnostisches Mittel verwerten. Das Prinzip der Allergiediagnostik liegt darin, daß man ein Extrakt des Infektionserregers auf den Organismus wirken läßt und dessen Reaktion beobachtet. Am schärfsten läßt sich die Reaktion verfolgen, wenn man das Extrakt in die äußere Haut einimpft.

Der Vortragende berichtet über 988 Untersuchungen mit der kutanen Tuberkulinprobe und führt aus, in welchen Fällen der Kinderpraxis dieselbe besonderen diagnostischen Wert besitzt. Bei quantitativer Auswertung mit progressiven Verdünnungen des Tuberkulins ergab sich, daß die Verdünnung, bis zu welcher die Probe positiv ist, in einem konstanten Verhältnisse zum Querdurchmesser der Effloreszenzen steht, so daß man durch Messung einer einzigen Impfstelle die Empfindlichkeit quantitativ bestimmen kann. Der Vortr. hält die kutane Tuberkulinreaktion für empfehlenswerter als die Ophthalmoreaktion und bleibt für die Praxis bei der Einimpfung von 25 %igem Alttuberkulin auf die Haut des Armes.

Kraemer (Böblingen): **Kongenitale Tuberkulose und ihre Bedeutung für die Praxis.** Auf Grund theoretischer Erwägungen und von Erfahrungstatsachen vertritt der Autor seine Anschauung von der Häufigkeit der kongenitalen Tuberkulose.

In der Diskussion über die drei letzten Vorträge bringen Langstein (Berlin), Langer (Sreez), Citron (Berlin), Engel (Düsseldorf), Schloßmann (Düsseldorf), Rietschel (Dresden), Peer (Heidelberg), Siegert (Köln) ihre Erfahrungen der mit diagnostischen Tuberkulinimpfung v. Pirquets auf Grund mehr oder weniger großen Materials. Die Methode wird in ihrer theoretischen und praktischen Bedeutung gewürdigt. Escherich (Wien) meint, daß gegen die große Häufigkeit der kongenitalen Tuberkulose die Ergebnisse der Tuberkulininjektionen sprechen.

Sitzung vom 17. September 1907.

Vorsitzender: Escherich (Wien).

Moll (Prag): **Verhalten des jugendlichen Organismus gegen das artfremde Eiweiß.** Die Untersuchungen hatten zur Aufgabe, zu prüfen, wie der junge Organismus im Vergleiche zum Erwachsenen sich gegen artfremdes Eiweiß verhält, wenn dieses direkt in die Blutbahn oder auf sonstigem parenteralem Wege einverleibt wird. Die Versuche ergaben, daß der junge wachsende Organismus (Kaninchen) die parenterale Einverleibung des artfremden Eiweißes weit besser und länger als der Erwachsene verträgt, weder mit lokalen noch allgemeinen Erscheinungen reagiert und gesund bleibt. Diese Verhältnisse bestehen aber nur so lange, als das Tier jung ist. Hat dasselbe ein bestimmtes Alter (8—10 Wochen) erreicht, so ist es mit dieser angeborenen Resistenz vorbei. In gleichem Maße waren zwischen erwachsenem und jungem Organismus Unterschiede in der Bildung bakterizider hämolytischer Antikörper und Agglutinine konstatierbar.

In der Diskussion bespricht Langstein (Berlin) auf Grund der Versuche von Bahrdt (Berlin), die noch nicht publiziert sind, die Unterschiede im Abbau des artgleichen Eiweiß bei herbivoren und karnivoren neugeborenen Tieren und weist auf die Resultate hin, die die bisherigen Untersuchungen über die Verdauungsarbeit bei der Einverleibung von artfremdem und arteigenem Eiweiß beim Säugling in der Berliner Universitäts-Kinderklinik ergeben haben.

Langer (Graz): **Die Resorption des Kolostrums.** Kuhmilcheinspritzungen rufen bei Kaninchen zwar Antikörperbildung hervor, doch sind die gewinnbaren Antisera nur niedrigwertige. Injektionen von Erstkolostrum, dem direkt nach der Geburt des Kalbes gewinnbaren Kolostrum, schaffen Antisera, die das Erstkolostrum noch in Verdünnungen von 1 : 12000 bis 1 : 15000, Kuhmilch aber nur in Verdünnungen von 1 : 3000 bis 1 : 4000 präzipitieren. Das Erstkolostrum zeigt also bei der Kuh einen hohen Antigengehalt für Präzipitinserum. Bei Verfütterung von Kuhkolostrum an neugeborene Hündchen wie an einen Fall von Spina bifida ließ sich mittels eines solchen Antiserums der Übertritt von Kolostrumantigen ins Blut nachweisen. Die Antigene des Kolostrums entstammen dem Blutserum, welches mit Kolostrumantiserum gleichfalls Präzipitine gibt. Vergleicht man Kolostrum, Blutserum und Milch bezüglich ihres Antigengehaltes, so erweist sich

als am reichsten an Antigenen das Kolostrum. Das erklärt sich wohl daraus, daß zur Zeit der Kolostrumbildung neben Sekretion Resorption immer stattfindet. Diese Antigene, gemeinsam dem Blutserum, Kolostrum und der Milch, gehen aus dem mütterlichen Blute nicht durch die Plazenta über, denn das Blutserum des neugeborenen Kalbes gibt mit Kolostrumantiserum keine Präzipitine. Dieses Fehlen der Präzipitinantigene ließ es als möglich erscheinen, die bisher nur bei Zufuhr artfremden Eiweißes in Anwendung gebrachte Präzipitinmethode auch bei der Resorption arteigenen Eiweißes anzuwenden. Es zeigte sich, daß 6—8 Stunden nach der Aufnahme des Erstkolostrums dieses biologisch im Blute nachweisbar wird, daß der höchste Gehalt am zweiten Tage erreicht wird und daß er allmählich abnimmt. Der heranwachsende Organismus zeigt eine ständige Zunahme dieser Stoffe, das erwachsene Tier aber einen ganz konstanten Gehalt. Ob dieser mütterlichen Mitgift eine teleologische Bedeutung zukommt, will der Vortr. nicht entscheiden. Auffällig bleibe es immerhin, daß dadurch das Blut des Neugeborenen dem des Erwachsenen ähnlich wird. Die Einverleibung dieser Stoffe auf enteralem Wege läßt vielleicht daran denken, daß ihnen eine Rolle im Sinne von Katalysatoren zukommt, die das schlummernde Leben der Darmepithelien auslösen und fördern.

In der Diskussion fragt Köttnitz (Dresden), ob sich bei den mitgeteilten Versuchen Albumosen im Harne nachweisen ließen. Langstein (Berlin) betont die Schwierigkeiten des Albumosennachweises im Harn von Kälbern, die eine besonders starke Albuminurie der Neugeborenen zeigen, und möchte die Frage als vorläufig nicht entscheidungsfähig ansehen.

Moro (München): **Experimentelle Beiträge zur Frage der künstlichen Säuglingsernährung.**

Pfaundler (München): **Säuglingsernährung und Seitenkettentheorie.**

Moro (München): **Verhalten des Serumkomplements beim Säugling.**

Heimann (München) referiert durch Herrn Pfaundler (München): **Potentieller Komplementbestand bei natürlicher und künstlicher Ernährung.**

(Die vorstehenden Vorträge werden besonders referiert werden.)

Pfaundler (München): **Dystrophie der Säuglinge.** Die von Heimann, Moro und Pfaundler vorgebrachten experimentellen Befunde wären mit folgendem Sachverhalt vereinbart. Die Nutzstoffe der Milch sind tropholytische Komplemente, die bei natürlicher Ernährung an die Körperzellen des Kindes gelangen und die Tropholyse vermitteln. Es gibt neugeborene Kinder, die in ausreichendem Maße zur Selbstbeschaffung aller Werkzeuge der zellulären Verdauung befähigt sind und daher auf Brusternährung nicht angewiesen sind. Es gibt anderseits solche, die der mütterlichen Nachhilfe noch jenseits der Geburt bedürfen. Wird ihnen diese versagt, so kommt es zu einer Ernährungsstörung, einer Dystrophie, deren Abhängigkeit von der artfremden Nahrung in der Bezeichnung Heterodystrophie zum Ausdruck kommt. Diese beruht auf einer Herabsetzung des Bestandes an tropholytischen Komplementen. Komplementmangel bedingt eine gehinderte, zelluläre Tropholyse, er behindert die Nährstofferledigung an der Zelle. Auf die Fragestellung, die sich aus dieser Auffassung für das Wesen der Intoxikation, für die Wesensverwandtschaft von infektiösen und alimentären Schäden ergeben, im Rahmen eines kurzen Referats einzugehen, ist nicht möglich, deswegen auf das Ausführliche im Jahrb. f. Kinderheilk. erscheinende Autoreferat verwiesen sei.

Salge (Göttingen): **Chronische Toxinvergiftung, Überfütterung und Atrophie.** Vortr. versucht abzuleiten, daß gewisse Probleme der Säuglingsernährung mit biologischen Methoden, die auf der Ehrlichschen Seitenkettentheorie fußen, angegangen werden müssen. Er zieht eine Parallele zwischen Immunisierung und chronischer Toxinvergiftung einerseits, Überfütterung und deren Folgen anderseits. Um auf diesem Wege vorwärts zu kommen, muß zunächst der Bestand des Säuglingsorganismus an Rezeptoren usw. geprüft und namentlich das Verhalten der im extrauterinen Leben erworbenen Rezeptoren studiert werden. Geeignet dazu erscheinen namentlich die Hämolysine, und S. teilt eine einfache Methode mit, mittels der es möglich ist, mit zehnmal geringeren Serummengen als bisher zu arbeiten.

An diese Reihe biologischer Vorträge schließt sich eine umfangreiche Diskussion, an der sich Citron, Finkelstein (Berlin), Köttnitz (Dresden), Salge (Göttingen), Escherich (Wien), Moro und Pfaundler (München) beteiligen. Hervorgehoben sei nur, daß Citron eine von Pfaundlers Auffassung

abweichende Anschauung über die Assimilation des Eiweißes vorträgt und sich auch dagegen ausspricht, daß Fieber eine Immunreaktion sei. Finkelstein äußert seine Skepsis an der Bedeutung der Nutz- und Schutzstoffe. Pfaundler bespricht im Schlußwort seine von Ehrlich abweichende Auffassung bezüglich der Zwischenkörper. Köttnitz bespricht das Problem vom physikalisch-chemischen Standpunkt.

Eugen Schlesinger (Straßburg): **Körpergewicht kranker Säuglinge.** Die Gewichtskurve der kränklichen und irrationell genährten Säuglinge unterscheidet sich von derjenigen gesunder Kinder zunächst durch den langsamen Anstieg, indem sich das Geburtsgewicht durchschnittlich erst im siebenten Monat verdoppelt, im achtzehnten Monat verdreifacht (statt im fünften bezw. zwölften Monat), ferner durch ein Alternieren regelmäßiger und unregelmäßiger Zunahmen, durch den ausschlaggebenden Einfluß des Ernährungsmodus im ersten Halbjahr, durch die Hinausschiebung des Maximums der täglichen Zunahme, durch eine häufige Steigerung der Zunahme nach dem Abstillen, durch den deutlich hemmenden Einfluß der Hochsommerhitze, der regelmäßiger ist als derjenige der Zahnung. Die Gewichtsabnahme hängt im allgemeinen ab von der Heftigkeit, noch mehr von der Dauer der Erkrankung, am meisten aber von dem Ernährungszustand des Kindes vor der Krankheit, wobei sich übrigens atrophische Säuglinge verschieden verhalten. Bei den akuten Ernährungsstörungen ist der Verlauf der Kurve außerdem wesentlich abhängig von der Kombination mit Dyspepsien; dabei lassen sich an dem ab- und aufsteigenden Schenkel der Kurve mehrere durch verschiedene Ursachen bedingte Phasen unterscheiden, von denen besonders der bereits in der Rekonvaleszenz fallende Teil der Abnahme Interesse verdient. Bei den chronischen Ernährungsstöungen und der Pädatrophie steigt die Kurve überaus langsam und flach an, überdies bei akuten Exazerbationen mit großen Schwankungen. Kurzdauernde stärkere Zunahme bei der Atrophie sind im allgemeinen nichts Heilsames; dagegen ist eine anhaltende sprungartige Zunahme, namentlich im Herbst, von großer prognostischer Bedeutung. — Die Gewichtsabnahme bis zum Tode beträgt durchschnittlich bei den rasch verlaufenden Ernährungsstörungen ein Zehntel, bei den subakuten Fällen ein Siebentel, bei der reinen Pädatrophie ein Viertel bis ein Drittel des schon einmal erreichten Höchstgewichts des betreffenden Kindes. Bei den debilen Säuglingen kann man nach anfänglich ziemlich gleichmäßigem Verlauf der Kurve später ein dreifaches Verhalten beobachten, wobei der Rückstand bereits im zweiten oder erst etwa im sechsten Lebensjahre oder gar erst in der Pubertät eingeholt wird. Schwere hartnäckige Rachitis ist ausgezeichnet durch monatelangen Stillstand während des ersten und unter Umständen auch des zweiten Frühjahrs. Bei der hereditären Syphilis ist mehr als je sonst das Anfangsgewicht für die weitere Zunahme maßgebend (drei Typen). Bei den akuten Infektionskrankheiten, außer den Masern, wird der anfängliche Gewichtsverlust vielfach noch während der Erkrankung selbst wieder ausgeglichen. Hautkranke, namentlich ekzematöse Säuglinge, weisen häufig abnorm starke Zunahme auf, besonders deutlich bei der Entstehung des Ekzems. Fettsucht mit auffallend langen Perioden täglich großer Zunahme kommt eher bei jungen überernährten Brustkindern als bei älteren überfütterten Flaschenkindern vor.

IV. Neue Bücher.

B. Stiller. **Die asthenische Konstitutionskrankheit.** Stuttgart, F. Enke. Preis Mk. 8.

Die Lehre von der „Asthenia universalis congenita“, die uns der Verf. bereits in verschiedenen Zeitschriften gegeben hat, ist noch nicht so bekannt geworden, wie sie es verdient. Daher müssen wir es freudig begrüßen, daß wir jetzt in einer größeren Monographie eine Gesamtdarstellung erhalten haben, welche es ermöglicht, das interessante Thema in seinem ganzen Umfange kennen zu lernen und zu verstehen. Die neue Lehre hat bei ihrem Auftauchen lebhafte Gegner gefunden. Diesen tritt der Autor hier entgegen und sucht deren Ansichten zu entkräften und zu widerlegen; wie uns scheint, mit gutem Glück, so daß wohl anzunehmen ist, daß nunmehr die Frage mehr und mehr geklärt werden wird. Jedenfalls eine hochinteressante Lektüre! Grätzer.

F. Lange. **Die Behandlung der habituellen Skoliose.** Stuttgart, F. Enke.
Klapp. **Funktionelle Behandlung der Skoliose.** Jena, G. Fischer.

Wir können einem dieser beiden Bücher vor dem anderen keinen Vorzug geben; am besten ist es, beide zu studieren. Beide bieten in ihren Ausführungen und ihren zahlreichen instruktiven Abbildungen so viel Wissenswertes und so viele neue Anregungen, daß deren eingehendes Studium sich durchaus belohnt und die besten Früchte zeitigen wird. Die Skoliosentherapie hat große Fortschritte gemacht, und Pflicht jeden Arztes ist es, diese sich zu eigen zu machen und Nutzen daraus zu ziehen. Die beiden vorliegenden Publikationen werden daher gewiß einen dankbaren Leserkreis finden. Grätzer.

Jankau. **Taschenbuch für Kinderärzte.** II. Ausgabe (Jahrgang 1907/8). Leipzig, M. Gelsdorf.

In dem kleinen Buch finden wir eine große Menge Daten, Tabellen, Mitteilungen usw. für die pädiatrische Tätigkeit zusammengestellt, die man in der täglichen Praxis und auch bei wissenschaftlichem Arbeiten braucht. Diese Zusammenstellung ist eine recht geschickte und reichhaltige. Anatomische, physiologische, klinische, statistische, therapeutische Notizen aller Art, Gesetzeskunde und andere wichtige Abschnitte sind berücksichtigt, Personalien registriert usw. Die vorliegende Auflage zeigt mannigfache Änderungen und Vermehrungen des Inhalts und dürfte freundlicher Aufnahme in den Kreisen der Pädiater sicher sein. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Aurnhammer, A., Milchversorgung der Stadt München (München). — **Bernhardt, H.**, Die Tränenschlauchreste der Neugeborenen (Rostock). — **Beyer, W.**, Über das häufige Vorkommen von systolischen Herzgeräuschen bei Kindern; nebst Bemerkungen über die physikalische Natur der Pulmonalgeräusche, über Akzentuation der 2. Töne, über unreine Töne und Nonnensausen in den großen Venen (Leipzig). — **Brückler, O.**, Zwei Ziegenfütterungsversuche mit roher und gekochter Kuhmilch; ein Beitrag zur Frage der Überlegenheit der rohen oder der gekochten Milch (Rostock). — **Bubenhofer, A.**, Über einen Fall von kongenitalem Defekt (Agenesie) der Gallenblase (Tübingen). — **Cobliner, L.**, Haben die mikroskopischen Vorgänge bei der Abstoßung der Nabelschnur forensisches Interesse? (München). — **Danziger, M.**, Beitrag zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit (Göttingen). — **Engel, H.**, Ein Fall von hypertrophischer Pylorusstenose im Säuglingsalter (München). — **Feisthorn, O.**, Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Infantilismus (Leipzig). — **Fuerst, W.**, Die Säuglingssterblichkeit in München in den Jahren 1895 bis 1904 und der Einfluß der Witterungsverhältnisse auf dieselbe (München). — **Greuer, M.**, Über Arthritis deformans bei kongenitaler Hüftgelenksluxation (Halle). — **Helbich, H.**, Ist hohe Säuglingssterblichkeit eine Auslese im Darwinschen Sinne? (Greifswald). — **Hommelsheim, F.**, Zur Kasuistik der angeborenen lipomatösen Dermoide des Augapfels (Gießen). — **Hieff, J.**, Über die Sterblichkeit der rachitischen Kinder nach Beobachtungen in der Universitätsklinik für Kinderkrankheiten in Berlin (Berlin). — **v. Jagemann, E.**, Über die Beziehungen zwischen Rachitis und Epilepsie mit statistischen Belegen (Halle). — **Judt, J.**, Über die Säuglingssterblichkeit und Säuglingsernährung in München (München). — **Kruse, G.**, Über Chorea chronica progressiva (Rostock). — **Luckow, E.**, Zur Lehre von der Hydronephrose im Kindesalter (Kiel). — **Mohr, S.**, Über Unterschiede des mütterlichen und kindlichen Serums in seiner antitryptischen Wirkung (Würzburg). — **Müller, J.**, Über die Reaktion der normalen Säuglingsfäzes (Rostock). — **Nothmann, H.**, Zur Kritik der Reifezeichen der Frucht; Untersuchungen an 100 Neugeborenen (München). — **Paarmann, J.**, Über Ätiologie und Therapie der Enuresis (Leipzig). — **Pabow, E.**, Zur Prognose der Otitis media im Säuglingsalter (Berlin). — **Reichhardt, F.**, Ein Fall von angeborener infantiler Myxidiotie (München). — **Rybok, V.**, Der juvenile Diabetes mit tödlichem Ausgang (Rostock). — **Sochorowitsch, Ch.**, Gelatinetherapie der Melaena neonatorum (Breslau). — **Tepling, M.**, Über Hysterie im Kindesalter (Rostock). — **Thelen, F.**, Klinische Erfahrungen über das amerikanische Wurmsamenöl als Antiaskaridiacum bei Kindern (Rostock). — **Vorster, C. E.**, Über Pemphigus neonatorum, seinen Zusammenhang mit Dermatitis exfoliativa neonatorum und Impetigo contagiosa (Rostock). — **Wettwer, E.**, Ein Fall von kongenitaler Choledochuszyste (Göttingen).

Wolf, G., Über einen typischen Fall von Morbus Basedowii bei einem 11jährigen Mädchen (München). — **Wollburg, G.**, Über Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter (Kiel). — **Zander, P.**, Wie viel unter 1000 Wöchnerinnen sind unfähig zu stillen und welches sind die Ursachen? (München).

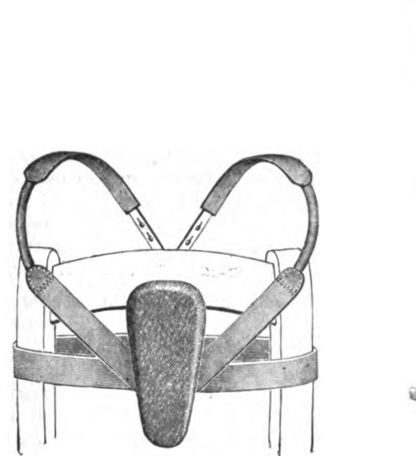
V. Therapeutische Notizen.

Goldkorn. Nähr- und Kräftigungsmittel für Säuglinge, Kinder, Kranke und Genesende ist ein Malzpräparat in Mehlform, welches namentlich dadurch ausgezeichnet ist, daß in ihm eine große Menge direkt ausnutzbarer Nährstoffe in einer ohne umständliche Zubereitung verwendbaren Form dargeboten wird. Sehr zustatten kommt dem Präparate dabei der angenehme Geschmack, so daß es ohne Widerwillen, gleichsam als Genußmittel genommen wird. Die glückliche Konstitution: hoher Gehalt an löslichen Kohlehydraten und die erheblichen Mengen verdaulicher Eiweißkörper neben den nötigen Mineralstoffen, unter welchen speziell die Phosphorsäure genannt sei, sicherte dem Präparate die günstigen Erfolge, welche es in der Praxis erzielt, so daß es zu den ersten Nährpräparaten zu zählen berufen ist, und die ernste Beachtung der Ärzte, welche es noch nicht kennen, verdient. Man wendet heute mit Recht sein besonderes Augenmerk den Malzpräparaten zu, und gerade hier ist Goldkorn berufen, eine Rolle zu spielen, da es lediglich aus gemälzten Halmfrüchten hergestellt ist ohne Verwendung irgendwelcher Chemikalien oder Surrogate; ein reines Naturprodukt von hoher Nährkraft bei leichtester Verdaulichkeit. Goldkorn findet mit Vorteil Anwendung zur Ernährung von Säuglingen (namentlich in den heißen Sommermonaten) und Kindern jeden Alters, bei Stoffwechselerkrankungen, bei Magen- und Darmkrankheiten, bei Blutarmut, Bleichsucht und allen erschöpfenden Krankheiten und bei Kräftezerfall infolge akuter oder chronischer Krankheiten. Auch bei Mastkuren wird es mit Erfolg zur Anwendung gebracht. Seine Verwendung wird begünstigt durch den billigen Preis: die Glaspackung von 400 g Inhalt kostet Mk. 1,50.

Über weitere Verwendbarkeit des „Kufeke"-Kindermehles. Mitteilungen aus der ärztlichen Praxis und dem königlichen Krankenstift in Dresden (Direktor Hofrat Dr. Honecker). Von Dr. Freudenberg (Dresden). (Der Kinderarzt, XVII. Jahrgang, Heft 12.)

Während das „Kufeke"-Mehl meistens bisher nur als Kindernährmittel und Kinderheilmittel bei gewissen Verdauungsstörungen gebraucht wurde, eignet es sich gleichfalls in ganz hervorragendem Maße für kranke, schwache, senile Erwachsene. Beim Kinde sowohl, wie bei dem in seiner Vitalität gestörten Erwachsenen liegt bezüglich der Verdauungsorgane dieselbe Empfindlichkeit, dieselbe leichte Verletzbarkeit und dieselbe hierdurch bedingte Schonungsbedürftigkeit vor. Hier ist nur das „Kufeke"-Mehl nicht nur ein vortreffliches Nährmittel auch für Erwachsene, sondern es macht auch die bei Krankheitszuständen so wichtige Milch als Zusatz wohlschmeckender, nahrhafter und leichter verdaulich. Es leistet für die Ernährung tatsächlich soviel, wie gleiche Mengen von Eiweiß, Kohlehydraten usw. in irgend einer leicht verdaulichen Form. Verf. wollte erproben, ob das „Kufeke"-Mehl auch unter kritischen Verhältnissen mehr leistet als viele andere Präparate ähnlicher Art und auch in den extremsten Fällen als Nährmittel Anwendung finden kann. Bei einer 40jährigen Frau mit akuter Nephritis erwies sich das „Kufeke"-Mehl als Retter. Milch wurde absolut nicht mehr vertragen, und es widerstand der Patientin auch Milch mit „Kufeke"-Zusatz. Das „Kufeke"-Mehl allein erwies sich als ausreichend zur Aufhebung des Reizes und gleichzeitigen Ernährung, und der Eiweißgehalt fiel in derselben Weise wie beim absoluten Milchregime. Bei einer 56jährigen Frau mit chronischer Nephritis nach Eierstockgeschwulst, wo ebenfalls Milch nicht vertragen wurde, wirkte das „Kufeke"-Mehl in gleicher Weise wie Milch. Bei einer 38jährigen Frau mit völliger Erschöpfung nach fünf Aborten brachte das „Kufeke"-Mehl rasch Kräftigung, und bei einer 38jährigen Frau mit Gallensteinleiden war das „Kufeke"-Mehl die einzige Nahrung, die vertragen wurde. Endlich hat Dr. Honecker mit dem „Kufeke"-Mehl ausgedehnte Erprobungen gemacht bei Erwachsenen in Fällen von Magen- und Darmerkrankungen, bei denen es stets gern genommen wurde und sehr günstig wirkte.

Das orthopädische Stuhlband wird von Dr. R. Zuelzer empfohlen als ein durchaus zweckmäßiges und praktisches Mittel, die fehlerhafte Körperhaltung des sitzenden Kindes mit deren typischen Folgen — die hängenden Schultern, der runde Rücken, die seitliche Rückgratskrümmung und Augenerkrankungen — zu verhindern. Es läßt die Brust und den Kopf frei, drängt die Schultern zurück und wölbt den





eingefallenen Brustkasten vor. Gebrauchsanweisung: Das Kissen wird mit der Spitze nach unten und mit der flachen Seite nach hinten an der Stuhllehne in der Höhe der Schulterblätter des sitzenden Kindes dadurch befestigt, daß das





mit der Schnalle versehene Band wagerecht um die Lehne gelegt und dann festgeschnallt wird. Der beigelegte Knopf wird in der Mitte der oberen Querleiste der Stuhllehne — am besten an dessen unterer schmaler Seite — eingeschlagen. Dann nimmt man die beiden Enden des zweiten Bandes, zieht sie rechts und links unter den Armen des Kindes hindurch — also von unten hinten nach vorn aufwärts über die Schultern hinweg schräg nach der Mitte hinten, wo die beiden Lederenden an den Knopf am Stuhl befestigt werden. Dieses in der Mitte ver-

stellbare Band muß aber vorher derartig verkürzt oder verlängert werden, daß die beiden runden Abschnitte desselben gleichmäßig unter den Achselhöhlen zu liegen kommen. Die Gummiteile dürfen nicht zu sehr angespannt werden; sie haben den Zweck, dem Kinde noch eine gewisse Freiheit in der Bewegung zu gestatten. Einmal richtig angepaßt, bleiben die Bänder an der Stuhllehne angelegt, so daß das Kind ohne fremde Hilfe — ähnlich wie in die Riemen eines Schultornisters — hinein und ohne Mühe herausschlüpfen hann. Um leichtes Herausgleiten aus der Bandage zu erschweren, werden vorteilhafterweise die beigegebenen Holzklötze unter die beiden vorderen Stuhlbeine geschoben. Man hat noch auf zweierlei zu achten bei Anlegung des von A. Laboschinski (Berlin NO. 43) hergestellten Stuhlbandes:

1. Die Schultern des Kindes müssen ziemlich an die obere Querleiste der Stuhllehne heranreichen, wozu eventuell Kissen Verwendung finden müssen.

2. Die am besten schräg gestellte Platte des Arbeitstisches muß der Höhe des herabhängenden Ellbogens des sitzenden Kindes entsprechen, so daß der Ellbogen sich gerade auf die Tischkante auflegen kann (zu erreichen z. B. durch Absägen der vorderen Tischbeine, oder Auflegen eines schrägen Brettes als Aufsatz). Die Tischplatte darf nur 2—3 cm von der Brust des Kindes entfernt sein.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.)

Über Eston und seine therapeutische Verwendbarkeit im Kindesalter macht Dr. A. Klautsch (Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim" zu Halle a. S.) Mitteilung. Eston ist $^2/_3$ Aluminiumazetat, bei welchem 2 von den vorhandenen Valenzen des Tonerdehydrats durch Essigsäure abgesättigt sind; — Formeston ist eine analoge Verbindung, nur daß hier eine der beiden Essigsäuregruppen durch Ameisensäure ersetzt ist. Beide Präparate haben sich nun als vorzügliche, lockere Kinderpuder bewährt, die nicht zusammenballen, die Haut nicht reizen und unschädlich sind (10% mit Talc., fertig in Blechbüchsen geliefert). Vortrefflich wirkte folgende Medikation bei Intertrigo der Säuglinge:

Rp. Eston (Formeston) 50,0
Balsam. peruv. 10,0
Talc. 40,0.

Bei vorhandenen Rhagaden und intensiven entzündlichen Erscheinungen der Haut in der Umgebung derselben, namentlich in den Nates, wurde mit gutem Erfolge folgende Paste verwendet:

Rp. Zink. oxyd.
Eston āā 15,0
Amyl. 30,0
Lanolin. anhydr.
Paraffin. āā 20,0.

Diese Paste haftet, einfach mit einem Spatel auf die wunden Stellen aufgetragen, gut, schützt sicher und bewirkt bald Nachlaß des Juckens und völlige Abheilung. Bei Furunkulose bewährte sich

Rp. Eston (Formeston)
Ol. Olivar. āā 10,0
Aq. dest.
Lanolin. anhydr. āā 20,0.

Ein dankbares Feld für die Estonbehandlung sind die Ekzeme. Bei den akuten erythematösen und nässenden 10—20—50% Puder, nach Nachlassen der Entzündungserscheinungen obige Zinkpaste, die auf weichen Mullstreifen appliziert wird. Besonders die juckstillende Wirkung tritt eklatant zutage.

(Deutsche Mediz. Presse. 1907. Nr. 16.)

Bei Aufstoßen (Singultus) der Säuglinge empfiehlt Dr. G. Lennhoff (Berlin), des Kindes Nase zu komprimieren, um es zum Schreien zu bringen; man unterhalte die Kompression eine Minute. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 42.)

Thiopinolseife hat Dr. Ed. Bäumer (Berlin) bei Acne vulgaris mit gutem Erfolge benutzt, in leichteren Fällen genügte die zweimal tägliche Anwendung der Seife allein zur Beseitigung des Leidens. Thiopinol (Matzka) ist ein lösliches, reizloses Alkali-Schwefelpräparat, welches besonders in Form der Seife, die sich auch bei Seborrhöe des behaarten Kopfes bewährte, versucht zu werden verdient. (Die Therapie der Gegenwart. September 1907.)

Über die Behandlung der Pertussis läßt sich Dr. V. Verdroß (Deutsch-Landsberg) aus und empfiehlt warm die kombinierte Behandlung mit Pyrenol und Antitussin. Jeden Abend werden die Brust, der Rücken (besonders zwischen den Schulterblättern) und Hals des Kindes mit warmem Wasser und Seife gereinigt und darauf mit einem groben Tuche frottiert, so daß es zu einer leichten Hyperämie in der Haut kommt. Hierauf wird ein bohnengroßes Stück der Antitussinsalbe (die in Tuben verschiedener Größe erhältlich ist) auf den so vorbereiteten Stellen so lange und so fest verrieben, bis die verreibende Hand trocken wird. Nun ist es zweckmäßig, die behandelten Körperteile mit einem Seiden- oder Flanelltuche zu bedecken. V. erwähnt hier ferner, daß diese Salbenbehandlung nur dann von Erfolg sein kann, wenn das Frottieren der Haut, sowie die Salbenverreibung sehr energisch geschieht. Manche Kinder bekommen einen leichten Ausschlag, der die weitere Antitussinbehandlung nicht kontraindiziert.

Schon diese Behandlung allein weist oft raschen Erfolg auf, ist jedoch nicht unbedingt verläßlich. V. gibt daher gleichzeitig dem Kinde je nach dem Alter 4—6 Kaffeelöffel voll täglich von folgender Pyrenollösung:

Pyrenoli 2,00—2,50
Aq. destill. 80,00
Sir. rub. id. 20,00,

und fand, daß bei dieser kombinierten Behandlung selbst schwerste Keuchhustenfälle nach Ablauf von drei Wochen geheilt wurden. Es ist verblüffend zu beobachten, in welch kurzer Zeit die sedative und expektorierende Wirkung des Pyrenols einsetzt, wobei letzterem das Antitussin in ausgiebigster Weise unterstützend zur Seite steht. Die Anfälle kommen seltener, ihre Vehemenz läßt nach; eine weitere Folge, die ganz besonders in bezug auf Kräfteverfall der Kinder in Betracht kommt, ist, daß das Erbrechen sistiert und der Appetit schon in 2—3 Tagen sich wieder einstellt.

(Klinisch-therap. Wochenschrift. 1907. Nr. 35.)

Ein wirksames Mittel gegen Scarlatina glaubt Dr. Langfeld (Zell a. H.) in dreistündlichen Einreibungen der Haut mit

Rp. Phenol. monochlorat. 4,0
Spirit. 250,0
Aether. sulfur. ad 300,0

gefunden zu haben. Diese bewährten sich ihm in fünf Fällen, indem der Verlauf des Scharlachs sofort ein milderer wurde; zunächst wich die Röte, dann ging die Drüsenschwellung zurück, das Allgemeinbefinden besserte sich usw.

(Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 35.)

Methylatropin (Merck) bei Kindereklampsie wandte Dr. Boesl (Obersdorf) mit eklatantem Erfolge an. Es handelte sich um ein zweijähriges Kind mit schweren Krämpfen. Nach Injektion von 0,0002 g des Mittels hörten letztere sofort auf. Als sie wiederkehrten, wurde die Injektion wiederholt, worauf die Konvulsionen gänzlich fortblieben. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 37.)

Über die Behandlung des Keuchhustens läßt sich Dr. P. Reyher (Kinderpoliklinik der kgl. Charité in Berlin) aus, und zwar in dem Sinne, daß das meiste Zutrauen die Narkotika verdienen, besonders Belladonna. Er verschreibt älteren Kindern (jüngeren entsprechend herabgesetzte Dosen):

Rp. Inf. rad. Ipecac. 0,5 : 180,0
Extr. Bellad. 0,08
Natr. bromat. 2,0—4,0
Syr. Alth. ad 200,0.
M. D. S. 3stündl. 1 Kinderlöffel.

Diese Verordnung bewährte sich namentlich zu Beginn des konvulsivischen Stadiums, in vorgeschrittenem Stadium blieb sie öfters wirkungslos.

(Therap. Monatshefte. Oktober 1907.

Die Wirkung des Kreosotals bei nicht tuberkulösen akuten und subakuten bronchopulmonären Krankheiten im Säuglings- und Kindesalter erprobte Dr. Karl M. John (Doz. Dr. Heims Kinderpoliklinik in Budapest) in 100 Fällen. Es handelte sich meist um Fälle von Bronchiolitis und Bronchopneumonien, die sich an Infektions-

krankheiten anschlossen oder an entzündliche Affektionen der oberen Luftwege. Es waren darunter Fälle von schleichender Bronchopneumonie, die schon wochenlang bestanden und aller angewandten Mittel zu Trotz sich nicht bessern wollten. Kreosotal brachte Heilung, es brachte oft ganz schleppende Fälle fast kritisch zu Ende. Man muß freilich große Dosen geben: Kindern

bis zum 1. Jahre	$1^1/_2$ g pro die
von 1— 2 Jahren	2 „ „ „
„ 2— 4 „	$2^1/_2$ „ „ „
„ 4— 6 „	3 „ „ „
„ 6—10 „	$3^1/_2$ „ „ „

Kreosotal wurde selbst von jüngsten Säuglingen (3 g : 80 g Sir. rub. id., in 48 Stunden zu nehmen) anstandslos vertragen.

(Therap. Monatshefte. Oktober 1907.)

VI. Monats-Chronik.

Der **IV. Kongreß von Klimatotherapie und Stadthygiene** wird in Biarritz vom 20. bis 25. April 1908 (Osterwoche) unter dem Präsidium des Prof. Pitres (Doyen der Fakultät von Bordeaux) stattfinden.

Verschiedene Zerstreuungen und Ausflüge nach den Klimastationen der Gegenwart sind in dem Programm des Kongresses einbegriffen.

Die folgenden Fragen werden das Objekt von speziellen Vorträgen bilden.

I. Heilungsanzeige des Seeklimas in der Neurasthenie. Reporter: Prof. Regis von der Fakultät von Bordeaux.

II. Die kombinierte Wirkung des Seeklimas und der Natriumchlorürkur bei der Ganglientuberkulosis. Reporter: Dr. Bichardière, Paris, Spitalarzt.

III. Die Seekur und die Natriumchlorürkur in dem Rachitismus. Reporter: Prof. Denucé von der Fakultät von Bordeaux.

IV. Die Hygienestadtbureaux und die Gesundheitsregeln in den Klimastationen. Reporter: Dr. Mosny, Paris, Spitalarzt.

V. Klimatologie des Golfs von Gascognien. Reporter: Dr. Cumino, Hendaye-Sanatoriumarzt.

Weitere Erklärungen werden erbeten, an Dr. Gallard, secretaire général à Biarritz.

Berlin. San.-Rat Dr. L. Fürst, bekannter Kinderarzt und pädiatrischer Schriftsteller — er hat auch in unserem Blatt vielfach Aufsätze publiziert — ist gestorben.

— Eine **Walderholungsstätte** soll nördlich von der Eisenbahnstation Buch in einem städtischen Forstgelände errichtet werden. Mitten in diesem sollen mehrere Schulbaracken für den ständigen Aufenthalt der Kinder, mehrere Schlafsäle, Liegehallen, ein Wirtschaftsgebäude, Pavillons für das Lehr- und Aufsichtspersonal usw. Platz finden. Zunächst sind die Baulichkeiten für 100 Knaben und 100 Mädchen berechnet. Die Kinder sollen dort vollständig beherbergt und verpflegt werden, erhalten entsprechenden Unterricht und können in den Erholungsstunden sich mit Turnen und Spiel, Gartenbau usw. beschäftigen. Die Kosten sind schon früher in Höhe von 306 000 Mk. bewilligt worden.

Straßburg. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Biedert, der krankheitshalber sein Amt als Medizinalreferent im Ministerium niedergelegt hat, ist vom Ärztlich-hygienischen Verein für Elsaß-Lothringen zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Vilseck (Oberpfalz). Dr. J. Meier, Kinderarzt in München, ist zum Ehrenbürger ernannt.

Bologna. C. Comba ist zum ord. Professor für Pädiatrie ernannt.

Padua. Dr. E. Orifice habilitierte sich als Privatdozent für Kinderheilkunde.

Tomsk. S. Timascheff wurde zum ord. Professor ernannt.

Namenverzeichnis des XII. Jahrganges.

Sachverzeichnis des XII. Jahrganges.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

